

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2017

Klinikum Obergöltzsch Rodewisch

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.0 am 18.01.2019 um 09:53 Uhr erstellt.

netfutura Deutschland GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	6
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	9
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	9
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	9
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	9
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	9
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	16
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	21
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	22
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	23
A-10 Gesamtfallzahlen	23
A-11 Personal des Krankenhauses	23
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	23
A-11.2 Pflegepersonal	24
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	27
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	28
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	31
A-12.1 Qualitätsmanagement	31
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	31
A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements	33
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	35
A-13 Besondere apparative Ausstattung	37
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	38
B-[1].1 Allgemeine Chirurgie und Unfall- und Gelenkchirurgie	38
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	38
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	38
B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	42
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	42
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	42
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	43
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	43
B-[1].11 Personelle Ausstattung	43
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	43
B-11.2 Pflegepersonal	44
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und	

Psychosomatik	45
B-[2].1 Frauenheilkunde	46
B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	46
B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	46
B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	46
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	47
B-[2].6 Diagnosen nach ICD	47
B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	47
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	47
B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	48
B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	49
B-[2].11 Personelle Ausstattung	49
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	49
B-11.2 Pflegepersonal	49
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	50
B-[3].1 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	52
B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	52
B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	52
B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	52
B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	52
B-[3].6 Diagnosen nach ICD	52
B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	53
B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	53
B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	54
B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	54
B-[3].11 Personelle Ausstattung	54
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	54
B-11.2 Pflegepersonal	54
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	55
B-[4].1 Geburtshilfe	56
B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	56
B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	56
B-[4].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	56
B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	56
B-[4].6 Diagnosen nach ICD	56
B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	57
B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	57
B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	58
B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	58

B-[4].11 Personelle Ausstattung	58
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	58
B-11.2 Pflegepersonal	58
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	59
B-[5].1 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	60
B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	60
B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	60
B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	61
B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	61
B-[5].6 Diagnosen nach ICD	61
B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	61
B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	62
B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	64
B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	65
B-[5].11 Personelle Ausstattung	65
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	65
B-11.2 Pflegepersonal	65
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	66
B-[6].1 Medizinische Klinik	67
B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	67
B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	67
B-[6].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	70
B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	70
B-[6].6 Diagnosen nach ICD	71
B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	71
B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	71
B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	71
B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	72
B-[6].11 Personelle Ausstattung	72
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	72
B-11.2 Pflegepersonal	72
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	73
B-[7].1 Radiologie	74
B-[7].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	74
B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	74
B-[7].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	74
B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	75
B-[7].6 Diagnosen nach ICD	75

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	75
B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	75
B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	76
B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	76
B-[7].11 Personelle Ausstattung	76
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	76
B-11.2 Pflegepersonal	77
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	77
B-[8].1 Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie	78
B-[8].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	78
B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	78
B-[8].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	79
B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	79
B-[8].6 Diagnosen nach ICD	79
B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	79
B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	79
B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	80
B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	80
B-[8].11 Personelle Ausstattung	80
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	80
B-11.2 Pflegepersonal	81
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	82
Teil C - Qualitätssicherung	84
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	84
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	84
C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]	85
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	197
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	198
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	198
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	199
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	199
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	199

Einleitung

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



Haupteingang Klinikum Obergöltzsch Rodewisch

Einleitungstext

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserem Qualitätsbericht. Dieser Qualitätsbericht wurde nach den gesetzlichen Vorgaben erstellt und gibt uns die Möglichkeit, unsere Leistungen für Sie transparent zu machen und die Qualität unserer Leistungserbringung darzustellen.

Das Klinikum Obergöltzsch Rodewisch ist ein Krankenhaus der Regelversorgung unter der Trägerschaft des Vogtlandkreises und einer der größten Arbeitgeber in der Region. Es liegt im östlichen Vogtland nahe des Naturschutzparks Erzgebirge/Vogtland in waldreicher Gegend und befindet sich damit in einer ausgesprochenen Erholungs- und Urlaubslandschaft. Die hügelige waldreiche Gegend des Vogtlandes bietet ein ruhiges und entspanntes Klima zur baldigsten Genesung. Unsere Umgebung lädt zu vielfältigen Urlaubs- und Freizeitaktivitäten ein. Die Ausblicke in die wunderschöne Natur und die Ruhe um uns herum tragen zum Heilerfolg jedes einzelnen Patienten bei. Zum Klinikgelände gehört ein waldreiches Areal, welches zu ausgiebigen Spaziergängen geradezu einlädt. Bänke sind an verschiedensten Punkten zum Verweilen aufgestellt. Ebenso laden Sonnenterrassen mit Gartenstühlen und -tischen in einem Arkadengang sowie in der Cafeteria und auf verschiedenen Stationen am Klinikum zum Verweilen ein. Das Klinikum Obergöltzsch Rodewisch ist ein rauch- und alkoholfreies Krankenhaus.

Die klinikeigene Küche bereitet vorrangig traditionelle und vogtländische Gerichte zu. Angeboten werden Frühstück mit frischen Brötchen, auch am Sonntag, Obst oder Joghurt zum zweiten Frühstück, Mittagstisch mit

Suppe, drei Wahlmenüs, Dessert und Mineralwasser, Kaffee und hausgebackener Kuchen zur Vesper sowie ein Abendessen mit umfangreicher Frischkost und Beilagen nach Wahl. Die Patientenbibliothek mit einer interessanten Auswahl an Romanen, Sachbüchern und medizinischen Ratgebern zur kostenlosen Nutzung ist ein weiterer Service des Klinikums.

Die Cafeteria des Klinikums ist täglich für Patienten, Angehörige, Besucher und Personal geöffnet. Zur Cafeteria gehört ein kleiner Laden, der Zeitungen, Zeitschriften, Kurzwaren, Hygieneartikel usw. bereithält. Ebenso besteht die Möglichkeit für die Patienten einen Frisör oder eine Fußpflege zu besuchen.

In dem folgenden Bericht erhalten Sie sowohl einen Überblick über die Organisationsstruktur, die Versorgungsschwerpunkte, über medizinisch-pflegerische Leistungsangebote und verschiedene Serviceangebote, über das Leistungsspektrum der einzelnen Kliniken als auch über das Qualitätsmanagementsystem des Klinikums.

Das Klinikum Obergöltzsch Rodewisch erfüllt mit hochqualifizierten Teams aus Ärzten und geschultem Pflegepersonal in interdisziplinärer Zusammenarbeit alle Voraussetzungen für eine optimale und umfassende Versorgung der Patienten in einem hotelähnlichen Ambiente und freundlicher Atmosphäre. Steigende Patientenzahlen beweisen die Zufriedenheit mit den Leistungen unseres Hauses.

Im Klinikum stehen modernste medizinische Geräte zur Diagnostik und Therapie von Erkrankungen zur Verfügung. Beispielsweise erfolgte in diesem Jahr der Anbau eines technisch hochkomplexen Hybrid-OPs. Dieser ermöglicht unserem Ärzteteam anspruchsvolle Eingriffe an Gefäßen und Wirbelsäulen durchzuführen. Wir können dank diesem neuartigem System, welches bisher in nur wenigen Krankenhäusern in Deutschland zum Einsatz kommt, unseren Patienten höchste Behandlungsqualität, kombiniert mit minimal-invasiven Zugangswegen anbieten. Das System ermöglicht außerdem eine strahlenreduzierte und individualisierte Planung vor der Behandlung und Unterstützung des Operateurs während des Eingriffes.

Das Klinikum Obergöltzsch Rodewisch sieht seine Aufgabe in einer breiten, bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Region. Dies belegen die zahlreichen Zertifikate: Brustzentrum Vogtland, Lokales Traumazentrum, Endoprothetikzentrum, Mutter-Kind-Zentrum und Schlafmedizinisches Zentrum. Des Weiteren ist das Klinikum Mitglied im Tele-Neuromedizinischen Schlaganfallnetzwerk und besitzt das Zertifikat Saubere Hände in Silber. Das Klinikum leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Patientensicherheit und zur Vermeidung von Infektionen.

Das Leistungsspektrum des Klinikums ist breit gefächert. Dazu gehören die Klinik für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie, die Klinik für Unfall- und Gelenkchirurgie, die Frauenklinik mit Geburtshilfe, die Medizinischen Kliniken I (Kardiologie, Angiographie) und II (Gastroenterologie, Diabetologie, Allgemeine Innere Medizin, Palliativmedizin), die Klinik für Anästhesie, Intensiv- und Schmerztherapie, die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und die HNO-Belegabteilung.

Weiterhin sind an das Klinikum zwei Medizinische Versorgungszentren angegliedert.

Eine Bestätigung der hohen Qualität unserer Leistungen erhielten wir bereits im Jahr 2004, als wir uns der freiwilligen Zertifizierung nach dem Verfahren der KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität) stellten. Im Rahmen dieses Verfahrens werden sämtliche Bereiche des Krankenhauses bezüglich vorgegebener Kriterien bewertet. Unser Klinikum erhielt das Zertifikat mit einer Gültigkeitsdauer von 3 Jahren. Im Jahr 2007, 2010, 2013 und 2016 stellten wir uns erfolgreich einer Rezertifizierung.

Im März 2005 wurde das Brustzentrum Vogtland gegründet, um die Betreuung und Behandlung von Brustkrebspatienten optimal zu organisieren. Bereits Ende September 2005 wurde das Brustzentrum erstmalig durch die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Senologie zertifiziert. Nach jährlichen Überwachungsaudits wurde das Brustzentrum Vogtland 2008, 2011, 2014 und 2017 erfolgreich rezertifiziert. Am Klinikum befindet sich weiterhin das Mammographie-Screening. Mit dem Mammographie-Screening-Programm soll die Früherkennung von Brustkrebs verbessert werden. Teilnehmer sind Frauen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr, welche alle zwei Jahre zu Röntgenaufnahmen eingeladen werden.

Im Dezember 2012 fand die Zertifizierung zur "Babyfreundlichen Geburtsklinik" statt. Das Klinikum wurde als 4. Krankenhaus in Sachsen mit diesem Qualitätssiegel ausgezeichnet. Das Team des Mutter-Kind-Zentrums am Klinikum Obergöltzsch Rodewisch bietet somit kompetente Unterstützung, die Mutter-Kind-Bindung zu stärken und das Stillen zu erleichtern. Im Januar 2016 erfolgte die erfolgreiche Rezertifizierung.

Mit dem Beitritt des Klinikums im Februar 2013 zum Tele-Neuromedizinischen Schlaganfallnetzwerk

Südwestsachsen können wir den neurologischen Sachverstand, der heutzutage bei der Diagnose und Behandlung akuter Schlaganfallpatienten in vielen Fällen gefordert wird, zeitnah gewährleisten. Weiterhin wurde im Juni 2013 und im Rahmen der Rezertifizierung 2016 von der DIOcert GmbH bescheinigt, dass das Klinikum als Lokales Traumazentrum im TraumaNetzwerk DGU TNW Westsachsen die Erfüllung der Anforderung zur Behandlung von Schwerverletzten nach den Kriterien des Weißbuches der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und den Kriterien TraumaNetzwerk DGU im Zuge der Rezertifizierung erneut nachweisen konnte.

Zudem besitzen wir seit 2015 ein von der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) akkreditiertes Schlafmedizinisches Zentrum. 2017 erfolgte die erste Reevaluation bei der unser Schlaflabor von 139 teilnehmenden Laboren den Rang 10 erreichte.

Seit dem Jahr 2015 ist die Klinik für Unfall- und Gelenkchirurgie durch die Zertifizierungsgesellschaft ClarCert als EndoprothetikZentrum Obergöltzsch Rodewisch zertifiziert.

Auf der Grundlage dieser Strukturen bietet das Klinikum seinen Patienten eine durchgehende Behandlungskette von der Überweisung durch den niedergelassenen Arzt, der rund um die Uhr besetzten Notaufnahme, den Chefarztambulanzen, bis hin zum stationären Bereich. Unser Leistungsspektrum umfasst des Weiteren das ambulante Operieren, die Möglichkeit der vor- und nachstationären Behandlung, der teilstationären Behandlung im Schlaflabor sowie die amb. physiotherapeutische Betreuung. Unser Klinikum vertritt das Konzept einer fachübergreifenden Therapie, Kommunikation und Kooperation zwischen den einzelnen Kliniken und darüber hinaus mit den niedergelassenen Fachärzten. Damit halten wir die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung trotz steigendem Kostendruck im Gesundheitswesen. Unser Ziel ist es, auch in Zukunft eine bezahlbare Gesundheitsversorgung für unsere Bevölkerung sicherzustellen.

Weitere Informationen zu unserem Klinikum erhalten Sie auf unserer Homepage unter www.klinikum-obergoeltzsch.de.

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Bachelor of Arts (BA) Sophie Jäckel
Position	Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon	03744 / 361 - 72141
Fax	03744 / 361 - 2106
E-Mail	s.jaeckel@klinikum-obergoeltzsch.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Dipl.-Ing.-Oek. Beate Liebold
Position	Verwaltungsdirektorin
Telefon.	03744 / 361 - 2101
Fax	03744 / 32907
E-Mail	b.liebold@klinikum-obergoeltzsch.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	http://www.klinikum-obergoeltzsch.de
Weitere Links:	<ul style="list-style-type: none">◦ http://mvz-obergoeltzsch.de (Link zu den Medizinischen Versorgungszentren am Klinikum Obergöltzsch Rodewisch)◦ http://brustzentrum-vogtland.de (Link zum zertifizierten Brustzentrum Vogtland am Klinikum Obergöltzsch Rodewisch)

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name:	Klinikum Obergöltzsch Rodewisch
Institutionskennzeichen:	261400380
Standortnummer:	00
Hausanschrift:	Stiftstraße 10 08228 Rodewisch
Postanschrift:	Stiftstraße 10 08228 Rodewisch
Internet	http://klinikum-obergoeltzsch.de

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Thomas Schmidt	Ärztlicher Direktor; Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie (ab 01.08.2017)	03744 / 361 - 4102	03744 / 361 - 4113	t.schmidt@klinikum-obergoeltzsch.de
Dr. med. Dietrich Steiniger	Ärztlicher Direktor; Chefarzt der Klinik für Unfall- und Gelenkchirurgie (bis 31.07.2017)	03744 / 361 - 4104	03744 / 361 - 4101	d.steiniger@klinikum-obergoeltzsch.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl.-Pflegerwirt (FH) Mirko Klinkosch	Pflegedienstleiter	03744 / 361 - 72134	03744 / 361 - 2141	m.klinkosch@klinikum-obergoeltzsch.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl.-Ing.-Oek. Beate Liebold	Verwaltungsdirektorin	03744 / 361 - 2101	03744 / 32907	b.liebold@klinikum-obergoeltzsch.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:	Vogtlandkreis
Art:	öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus?	trifft nicht zu
---	-----------------

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP01	Akupressur	Triggerpunkttherapie
MP02	Akupunktur	Akupunktursprechstunde für Schwangere
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Im Mutter-Kind-Zentrum und im Palliativbereich ist die Betreuung und Beratung sowie Mitaufnahme der Angehörigen/Eltern obligatorisch. Auch in den anderen Fachabteilungen ist eine Mitaufnahme von Angehörigen möglich.
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Bei akuten und chronischen Erkrankungen der Lunge und der Atemwege, bei Verletzungen am Thorax, nach OP's am Abdomen und bei beatmeten Patienten.
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	Gemeinsame Projekte und Schulungen in Kooperation mit der AOK plus werden angeboten. Es finden Säuglingspflegekurse statt. Eine Mitaufnahme von Begleitpersonen ist generell möglich.
MP06	Basale Stimulation	Wird in der Intensivtherapie und bei Patienten mit Wahrnehmungsstörungen durch speziell weitergebildete Physiotherapeuten durchgeführt.
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Durch den Sozialdienst erfolgen Beratungen zum Ablauf einer AHB sowie eine Unterstützung bei der Beantragung.
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Bei Bedarf kann die Seelsorge, der Hospizdienst oder eine Psychologin hinzugezogen werden. Angehörige können jederzeit beim Patienten bleiben. Nach dem Versterben ist eine würdevolle Verabschiedung möglich. Eine Trauerbegleitung ist durch Hospizdienste möglich. Palliativzimmer stehen zur Verfügung.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Bewegungstherapie einzeln oder in Gruppen (befundbezogen) mit entsprechenden krankengymnastischen Techniken, Gangschulen sowie Gleichgewichtstherapie.
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Therapieeinheiten für Patienten (z.B. nach Schlaganfall) auf Station oder in der Physiotherapie (mit Bobathliege) durch speziell geschultes Personal. Auch ambulante Nachbehandlungen sind möglich.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	Einzel- und Gruppenschulungen für Patienten mit Diab. mellitus Typ 1 und 2 sowie mit Gestationsdiabetes. Anleitung zur selbständigen BZ-Messung und zum Spritzen. Einbeziehung der Angehörigen in die Schulungen. Eine Diabetes hotline ist vorhanden. Patienten mit Insulinpumpen werden ebenfalls betreut.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	2 Diätassistentinnen stehen als Ansprechpartner zur Verfügung. Sie bieten eine spezielle Ernährungsberatung und eine individuell abgestimmte Ernährung während des Klinikaufenthaltes an. Auf Diät- und Kostvorstellungen der Patienten wird jederzeit Rücksicht genommen.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Beantragung von AHB-Maßnahmen, Organisation eines Pflegedienstes, eines Heimplatzes o. von Pflegehilfsmitteln sowie Unterstützung bei der Beantragung eines Pflegegrades, Vermittlung von Kontakten zu Ämtern u. Selbsthilfegruppen. Für den Bereich des Brustzentrums stehen Onkolotsen zur Verfügung.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Das Klinikum hat eine Kooperation mit einer externen Ergotherapiepraxis, die bei medizinischer Notwendigkeit hinzugezogen wird.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Für die Fallsteuerung ist die Patientenaufnahme in Zusammenarbeit mit der PDL zuständig. Die Pflege orientiert sich an dem Pflege-/ Lebensmodell von Roper, in dem jeder Patient individuell und in seiner Ganzheit betrachtet wird.
MP18	Fußreflexzonenmassage	Wird von der Physiotherapie angeboten, z. B. in der Palliativmedizin.
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	Hebammensprechstunde und Kreißsaalbegehungen nach telefonischer Vereinbarung, Geburtsvorbereitungskurse in den umliegenden Städten (im Sinne der WHO-Initiative "Babyfreundliches Krankenhaus"), Akupunktur bei Schwangerschaftsbeschwerden und geburtsvorbereitend, Einbeziehung von Beleghebammen.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP21	Kinästhetik	Eine Mitarbeiterin mit der Weiterbildung zur "Kinaesthetic Peer Tutorin" steht als Trainerin zur Verfügung.
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Im interdisziplinären Beckenbodenzentrum stehen kompetente ärztliche und pflegerische Ansprechpartner zur Verfügung. Zur Problemerkennung werden standardisierte Fragebögen verwendet. Die Physiotherapie bietet prä- und postoperativ spezielle Trainingsmethoden zur Kontinenzförderung an.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Die Manuelle Lymphdrainage wird von speziell geschulten Physiotherapeuten angeboten. Sie wird auch in Verbindung mit einer Kompressionstherapie angewendet.
MP25	Massage	Angeboten werden verschiedene Massagetechniken, z. B. klassische Massage, Segmentmassage, Bindegewebsmassage, Triggerpunkttherapie, Zentrifugalmassage, Massage nach Preuß, Querfriktionen, Therapie nach Marnitz. Die Behandlungen erfolgen immer durch Therapeuten mit entsprechender Ausbildung.
MP26	Medizinische Fußpflege	Medizinische Fußpflege ist für gehfähige Patienten in der Physiotherapie, ansonsten auch auf Station am Krankenbett möglich.
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	Angeboten wird eine befundbezogene manuelle Therapie für stat. und amb. Patienten durch speziell weitergebildete Physiotherapeuten.
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	Zweimal wöchentlich Schule für stationäre schulpflichtige Kinder durch eine Lehrerin im Klinikum.
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Angeboten werden Zwei- und Vierzellenbäder, Ultraschall und Elektrotherapie.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Physiotherapie und Krankengymnastik als Einzeltherapie für ambulante und stationäre Patienten, inklusive Manueller Therapie. Zum Teil Gruppentherapien für stationäre Patienten.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Angeboten werden Samstagsakademien monatlich zu wechselnden Themen, Diabeteshotline, Elternkurse"Gemeinsam Wachsen", Stillgruppe
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Die psychol. Betreuung umfasst bedarfsorientierte supportive Gespräche mit Patienten/Angehörigen, orientierende Diagnostik psychischer Störungen, Weitervermittlung an Stellen psychosozialer Unterstützung, Psychotherapie, spezialisierte psychoonkologische, psychotherapeutische Beratung/Behandlung
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Einzeltherapien für ambulante und stationäre Patienten, Möglichkeit der Gruppentherapie für stationäre Patienten (Schmerztherapie)
MP36	Säuglingspflegekurse	Im Rahmen der Stillgruppe des Klinikums werden durch die Stillberaterinnen auch Themen zur Säuglingspflege angeboten. Zudem finden regelmäßig Säuglingspflegekurse statt.
MP37	Schmerztherapie/-management	Am Klinikum befindet sich sowohl eine Multimodale Schmerztherapie als auch eine Schmerzambulanz. Es gibt Standards für die Schmerztherapie, die von qualifizierten ärztlichen Mitarbeitern erstellt wurden. Für den Pflegebereich steht eine Pain-Nurse zur Verfügung.
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	Spezielle Beratung bei Sondenernährung, Tropfbehandlungen, bei schlecht heilenden Wunden und bei künstlichen Darmausgang durch speziell geschultes Pflegepersonal. Bei Aufnahme Durchführung eines Sturzassessments bei Risikopatienten.
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen und Anwendung von Muskelentspannungstechniken aus der Krankengymnastik durch die Physiotherapie, Vermittlung spezieller Entspannungstechniken durch den Psychologischen Dienst

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen	Alternative Schmerzlinderung unter der Geburt mittels Homöopathie, Aromatherapie und Akupunktur, Wassergeburten, aufrechte Gebärhaltungen, Betreuung und Beratung nach Entlassung aus der Klinik, Rückbildungsgymnastik. Hebammensprechstunden, Eltern- und Großelterntreffs.
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Es stehen Pflegeexperten für die enterale u. parenterale Versorgung, für die Wund- u. Stomatherapie zur Verfügung. Die Quote der Mitarbeiter mit FWB entspricht den Vorgaben der Berufsverbände. Im Brustzentrum sind Brustschwestern und Onkolotsen tätig. Pflegevisiten werden durch die PDL durchgeführt.
MP43	Stillberatung	Das Klinikum ist als "Babyfreundliche Geburtsklinik" zertifiziert. Es gelten die Stillrichtlinien der WHO. Für die Anleitung und Beratung stehen 2 ausgebildete Stillberaterinnen zur Verfügung. Es sind eine Stillhotline rund um die Uhr, eine Stillambulanz und eine Stillgruppe etabliert.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Zur Optimierung verschiedener Behandlungstherapien, z.B. nach Schlaganfall, haben wir einen Kooperationsvertrag mit einer externen Logopädiepraxis.
MP45	Stomatherapie/-beratung	Beratung durch speziell weitergebildete Pflegekräfte, Organisation der Überleitung in Zusammenarbeit mit regionalen Sanitätshäusern
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Organisation von Hilfsmitteln (z.B. Pflegebett) für die Pflege zu Hause durch den Sozialdienst. Erstversorgung mit Orthopädietechnik im Haus durch Kooperationen mit ansässigen Sanitätshäusern.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Möglich sind Ultraschall, Moorpackungen, Infrarotlicht, heiße Rollen und Eisanwendungen.
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	Wochenbettgymnastik bei normaler Entbindung in Gruppentherapie (Teilnahme freigestellt), nach Sectio in Einzeltherapie am Bett.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP51	Wundmanagement	Eine im Wundmanagement qualifizierte Pflegekraft steht als Ansprechpartnerin für die Stationen und Patienten zur Verfügung. Eine ambulante Wundsprechstunde ist etabliert.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Intensive Zusammenarbeit des Sozialdienstes , des Psychologischen Dienstes, des Palliativmedizinischen Teams des Klinikums mit den regionalen Selbsthilfegruppen. Regelmäßige Treffen mit den Leitern der Selbsthilfegruppen zum Erfahrungsaustausch. Organisation von gemeinsamen Veranstaltungen.
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	Die HNO-Praxis unseres MVZ's führt Audiometrie durch. Im Bedarfsfall können stationäre Patienten über Konsile untersucht werden. Im Bereich der Geburtshilfe ist für jedes Neugeborene ein Hörtestscreening obligatorisch.
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	Für orthopädische, traumatologische und neurologische Patienten (ambulant und stationär) durch speziell ausgebildete Physiotherapeuten
MP63	Sozialdienst	Fachl. Beratung zu sozialen u. sozialrechtlichen Fragen, Reha-Maßnahmen u. Schwerbehindertenrecht; Beantragung v. AHB's o. Pflegegrade, Vermittlung v. Pflegediensten/-heimen, Fachdiensten wie psychosozialen Beratungsstellen u. Selbsthilfegruppen nach dem Klinikaufenthalt, Organisation v. Hilfsmitteln
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Es finden Arztvorträge für die Bevölkerung im Rahmen der Samstagsakademie statt. An den WB der Pflege können Pflegemitarbeiter anderer Einrichtungen teilnehmen. Jährlich findet ein Tag der offenen Tür statt. Zudem sind Führungen im Kreißsaal und der Wochenstation möglich.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	Zur Unterstützung junger Familien wird in Kooperation mit der AOK plus das Projekt "Gemeinsam wachsen" angeboten. Für junge Mütter gibt es rund um die Uhr eine Stillambulanz, sowie regelmäßige Stillgruppen. Es werden Geburtsvorbereitungs-, Eltern-, Großeltern- sowie Säuglingskurse angeboten.
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	Neurologisch erkrankte Patienten erhalten durch unser Team der Physiotherapie verschiedene Therapien nach dem ICF-Modell, angeboten werden Bobath und PNF. Zerebral geschädigte Kinder werden speziell nach Bobath für Kinder therapiert.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Aktive Mitwirkung im "Pflegetzwerk Vogtland" zur optimalen Nachversorgung der Patienten, Kontinuierliche Befragungen der Pflegedienste zur Evaluation der Versorgung, es besteht die Möglichkeit für die Pflegedienste das Entlassmanagement des Klinikums mittels Rückmeldebogen zu bewerten
MP69	Eigenblutspende	In Kooperation mit dem DRK Blutspendedienst in Plauen

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			Auf verschiedenen Stationen stehen Aufenthaltsräume zur Verfügung, außerdem befinden sich in den Foyers vor den Stationen Sitzgruppen für Patienten und Besucher. Das Klinikum ist mit einem Getränkeautomaten ausgestattet.

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			Einbett-Zimmer in großzügiger, heller Atmosphäre, Einrichtung in freundl. Farben und modernen Komfortbetten (auch für schwergewichtige Pat.), in der zu jedem Zimmer gehörenden Nasszelle befinden sich Dusche, Handtuchtrockner sowie teilweise Fön.
NM05	Mutter-Kind-Zimmer			Im Mutter-Kind-Zentrum sind die Zimmer als Mutter-Kind-Einheiten ausgerichtet, d.h. es besteht immer die Möglichkeit Mutter und Kind auf Wunsch in einem Zimmer aufzunehmen.
NM07	Rooming-in			Die Frauenklinik setzt das Konzept der integrierten Wochenpflege schon seit langem um. Rooming-in bedeutet, dass Mutter und Kind in einem Raum in allen Belangen versorgt werden. Dieses Konzept ermöglicht eine intime Atmosphäre, die den Bedürfnissen der jungen Mutter und ihrem Kind angemessen ist.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			Die Unterbringung von Begleitpersonen ist jederzeit möglich. Im Palliativstützpunkt ist die Unterbringung kostenfrei. Auf der Wöchnerinnenstation ist die erste Übernachtung kostenfrei.

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			Ausreichend Zweibett-Zimmer in großzügiger, heller Atmosphäre, Einrichtung in freundl. Farben und modernen Komfortbetten (auch für schwergewichtige Pat.), in der zu jedem Zimmer gehörenden Nasszelle befinden sich Dusche, Handtuchtrockner sowie teilweise Fön.
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	0,00 EUR pro Tag (max)		Die Benutzung der hauseigenen Fernseh- und Radioanlage ist kostenlos.
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	1,15 EUR pro Tag (max)		WLAN ist auf allen Stationen (außer IMC/ITS) vorhanden, es besteht die Möglichkeit 1,3 oder 7 Tage WLAN zu buchen, für Wahlleistungspatienten ist diese Leistung kostenfrei, ein separater Internetplatz kann zu den Öffnungszeiten der Cafeteria genutzt werden
NM17	Rundfunkempfang am Bett	0,00 EUR pro Tag (max)		Die Benutzung der hauseigenen Fernseh- und Radioanlage ist kostenlos.
NM18	Telefon am Bett	1,15 EUR pro Tag (max) ins deutsche Festnetz 0,16 EUR pro Minute ins deutsche Festnetz 0,00 EUR bei eingehenden Anrufen		Ein Telefon in Reichweite ist eine sichere Garantie für nicht abreißende Kontakte zu den Angehörigen. Deshalb steht an jedem Patientenbett ein Telefon zur Verfügung.

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer			Jedem Patienten steht ein abschließbares Wertfach im Patientenzimmer zur Verfügung. Größere Geldbeträge können in der Abteilung Rechnungswesen im Tresor hinterlegt werden.
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	0,00 EUR pro Stunde (max) 0,00 EUR pro Tag		Zwei große kostenlose Parkplätze befinden sich in unmittelbarer Kliniknähe. Es stehen Behinderten-, Mutter-Kind- sowie Kurzzeitparkplätze zur Verfügung.
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen			Empfangsbereich steht 24 Std. für Auskünfte zur Verfügung, Begleitung von Pat. bei Aufnahme durch das Personal möglich, die Guten Seelen bieten den med. und pfleg. optimal versorgten Pat. eine zusätzl. Begleitung, die über das mögl. Maß der Krankenpfl. hinausgeht
NM42	Seelsorge			Die Klinikseelsorger bieten Zeit für Gespräche und Begleitung von Patienten während des stationären Aufenthaltes. Immer montags findet ein Gottesdienst im Andachtsraum des Klinikums statt.

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			monatl. Samstagsakademie mit regelmäßigen Informationsseminaren für unsere Pat., deren Angehörigen sowie der interessierten Bevölkerung, bei diesen Veranstaltungen werden interessante, aktuelle medizinische Themen durch unser kompetentes Facharztteam nahe gebracht
NM50	Kinderbetreuung			Im Mutter-Kind-Zentrum steht erfahrenes Personal zur Verfügung.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen			Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Selbsthilfegruppen. Eine Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen wird den Patienten angeboten.
NM63	Schule im Krankenhaus			Zur Vermeidung von schulischen Rückständen länger erkrankter Kinder und oft damit verbundenen psychischen Belastungen unterrichten am Klinikum Lehrer und Erzieher in den Fächern aller Klassenstufen.

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM65	Hotelleistungen			Die Patientenzimmer wurden mit hotelähnlichen Standards u.a. Kühlschrank, Wertfach, Gaderobe etc. ausgestattet. Es besteht die Möglichkeit Wahlleistungen vertraglich zu vereinbaren.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Besondere Ernährungsgewohnheiten werden von der klinikeigenen Küche berücksichtigt (u.a. Vegetarier, Allergiker, religionspezifische Besonderheiten)		Außerdem stehen speziell geschulte Diätassistentinnen zur Verfügung.
NM67	Andachtsraum			Der Andachtsraum des Klinikums ist immer zugänglich und lädt zur Andacht, zu stillem Gebet und zum Schweigen ein. Wöchentlich findet ein Gottesdienst statt.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung	Im Klinikum ist ein Aufzug mit Sprachansage vorhanden.
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	Alle Hinweisschilder im Klinikum sind gut lesbar und mit großer, kontrastreicher Beschriftung versehen.
BF05	Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Für sehbehinderte Patienten gibt es personelle Unterstützung durch das Aufnahme- und Pflegepersonal.
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	Alle Nasszellen (Toiletten und Dusche) in den Patientenzimmern sind rollstuhlgerecht ausgestattet.
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	Alle Serviceeinrichtungen sind ebenerdig bzw. über einen Aufzug zu erreichen.
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	Alle im Klinikum vorhandenen Aufzüge verfügen über ein rollstuhlgerechtes Tableau.
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher befinden sich im Haus 1+2 sowie auf den Stationen.

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF11	Besondere personelle Unterstützung	Für alle behinderten Patienten gibt es besondere Unterstützung durch das Pflegepersonal. Die Mitarbeiter der Patientenaufnahme begleiten die Patienten auf Station.
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin	Sollte ein Gebärdendolmetscher benötigt werden, so kann dieser jederzeit über den Empfang angefordert werden.
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	Piktogramme werden zur besseren Verständlichkeit im Klinikum verwendet.
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung erhalten im Klinikum besondere pflegerische Unterstützung.
BF17	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	Für schwergewichtige Patienten stehen elektrisch betriebene Betten auf den Stationen zur Verfügung. Bei Übergröße sind Bettverlängerungen möglich.
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische	OP-Einrichtungen für Patienten mit Übergewicht (max. 225 kg) sind vorhanden.
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Der Magnetresonanztomograph (MRT) des Klinikums hat einen größeren Durchmesser als übliche MRT (70 cm). Damit ist er besser geeignet für schwergewichtige Patienten, für Menschen mit Platzangst und für Kinder.
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	Das Klinikum besitzt eine Stuhlwaage, Bettenwaage und Wiegeeinrichtung in den Intensivpflegebetten, die für schwergewichtige Patienten geeignet sind.
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter	Es existieren auf ausgewählten Stationen Hilfsgeräte zur Pflege, wie bspw. Rollstühle, Patientenlifter oder Rollboards.
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	Hilfsmittel, wie bspw. Gehstützen, Antithrombosestrümpfe etc. für schwergewichtige Patienten stehen zur Verfügung.
BF24	Diätetische Angebote	Zwei Diätassistentinnen betreuen die Patienten individuell bei besonderen diätischen Anforderungen.

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF25	Dolmetscherdienst	Sollten die Fremdsprachenkenntnisse unserer Mitarbeiter nicht ausreichen, so kann jederzeit ein Dolmetscher angefordert werden. Eine Aufstellung aller verfügbaren Dolmetscher einschließlich deren Erreichbarkeit wird am Empfang vorgehalten.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Bei Notwendigkeit einer fremdsprachlichen Aufklärung bzw. Behandlung erfolgt dies durch Mitarbeiter des Klinikums, die verschiedene Fremdsprachen beherrschen. Eine Namensliste aller Mitarbeiter mit Fremdsprachenkenntnis liegt neben einer Dolmetscherliste am Empfang vor.
BF27	Beauftragter und Beauftragte für Patienten und Patientinnen mit Behinderungen und für „Barrierefreiheit“	Es existiert eine enge Zusammenarbeit mit der Behindertenbeauftragten des Vogtlandkreises.
BF28	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit	Eine Erhebung der Barrierefreiheit findet bei jedem Neu- und Umbau unter Einbeziehung des Behindertenbeirates des Vogtlandkreises statt.

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	4 Famulanten im Jahr 2017
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	47 Ausbildungsplätze, zusätzlich ca. 8 - 10 Praktikumsplätze/Jahr im Rahmen anderer Einrichtungen
HB03	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin	bis zu 10 Praktikumsplätze/Jahr im Rahmen von Ausbildungen anderer Einrichtungen
HB05	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)	2 Praktikumsplätze/Jahr im Rahmen von Ausbildungen anderer Einrichtungen
HB11	Podologe und Podologin	1 Praktikumsplatz/Jahr im Rahmen von Ausbildungen anderer Einrichtungen
HB12	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	2 - 4 Praktikumsplätze/Jahr im Rahmen von Ausbildungen anderer Einrichtungen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB17	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin	bis zu 8 Praktikumsplätze/Jahr im Rahmen von Ausbildungen anderer Einrichtungen
HB18	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)	Anerkannt als geeignetes Krankenhaus für die Ausbildung von Notfallsanitätern im Freistaat Sachsen gemäß § 5 Abs. 2 Satz 2 NotSanG. Pro Jahr stehen 3 Ausbildungsplätze für die praktische Ausbildung zur Verfügung.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	290
-------------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fallzahl:	12580
Teilstationäre Fallzahl:	425
Ambulante Fallzahl:	103624

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	67,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	67,23
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,52
Ambulante Versorgung	3,48
Stationäre Versorgung	64,27

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	45,38
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	44,86
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,52
Ambulante Versorgung	3,48
Stationäre Versorgung	41,90
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	3	Personen zum Stichtag 31.12.17
-----------------	---	--------------------------------

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl Vollkräfte	2,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,81

Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,65
Stationäre Versorgung	2,16

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	2,70
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,70
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,65
Stationäre Versorgung	2,05

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	170,23
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	169,71
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,52
Ambulante Versorgung	8,02
Stationäre Versorgung	162,21

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	42,87
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	42,87
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	6,36
Stationäre Versorgung	36,51

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	15,02
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,02
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	15,02

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	5,64
----------------------------	------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,64
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	5,64

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	2,39
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,39
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,39

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	9,97
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,97
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	9,97

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	5,92
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,92
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	5,92

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	00,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,88

Entbindungspfleger und Hebammen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	6,88
----------------------------	------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,88
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	6,88

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	4
---	---

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	3,08
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,08
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	1,03
Stationäre Versorgung	2,05

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	3,08
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,08
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	1,03
Stationäre Versorgung	2,05
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

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

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Klinische Neuropsychologen

Anzahl Vollkräfte	0
-------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Kinder Jugendpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Psychotherapeuten in Ausbildung während Taetigkeit

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	0
-------------------	---

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Diätassistent und Diätassistentin (SP04)
Anzahl Vollkräfte	1,55
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,55
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,55
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)
Anzahl Vollkräfte	8,32
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,32
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,04
Stationäre Versorgung	7,28
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin (SP23)
Anzahl Vollkräfte	1,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,75
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,75
Kommentar/ Erläuterung	fachübergreifender Einstz in allen Kliniken, insb. im Brustzentrum und Palliativstützpunkt Personale verfügen über WB psych. Psychotherapie

Spezielles therapeutisches Personal	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin (SP24)
Anzahl Vollkräfte	1,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,75
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,75
Kommentar/ Erläuterung	VK in SP23 mit enthalten

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)
Anzahl Vollkräfte	1,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00

Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,00
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)
Anzahl Vollkräfte	1,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,00
Kommentar/ Erläuterung	VK in A11.2 mit enthalten

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta (SP32)
Anzahl Vollkräfte	1,98
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,98
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,25
Stationäre Versorgung	1,73
Kommentar/ Erläuterung	VK in SP21 mit enthalten

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin (SP35)
Anzahl Vollkräfte	1,39
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,39
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,39
Kommentar/ Erläuterung	VK in A-11.2 mit enthalten

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie (SP42)
Anzahl Vollkräfte	4,28
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,28
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,54
Stationäre Versorgung	3,74
Kommentar/ Erläuterung	VK in SP21 mit enthalten

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF) (SP43)
--	---

Anzahl Vollkräfte	2,78
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,78
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,43
Stationäre Versorgung	2,35
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA) (SP55)
Anzahl Vollkräfte	11,50
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,50
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	1,69
Stationäre Versorgung	9,81
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA) (SP56)
Anzahl Vollkräfte	9,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,42
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	4,71
Stationäre Versorgung	4,71
Kommentar/ Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	M. A. Jörg Barzik
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiter Controlling/Medizincontrolling/QM
Telefon	03744 361 2103
Fax	03744 32907
E-Mail	j.barzik@klinikum-obergoeltzsch.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Verwaltungsdirektorin, Pflegedienstleitung, QMB-Pflege, QMB, Leiter Controlling/Medizincontrolling/QM
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	eigenständige Position für Risikomanagement
Name	Dr. med. Thomas Schmidt
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Telefon	03744 361 4102
Fax	03744 361 4113
E-Mail	t.schmidt@klinikum-obergoeltzsch.de

A-12.2.2 Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht?	ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Verwaltung. Die Arbeitsgruppe Risikomanagement kann satzungsgemäß jederzeit sachkundige Mitarbeiter zur Teilnahme an den Arbeitsgruppensitzungen verpflichten. Diese sachkundigen Mitarbeiter üben beratende Funktionen aus.
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Risikohandbuch mit Ampelfunktion, softwarebasierte QM-Wissensdatenbank für das gesamte Klinikum mit allen Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozessen sowie seit 2010 bestehender integrierter Dokumentenlenkung 2017-08-01
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Verfahrensweisung Notfallmanagement klinikintern, Arbeitsanweisung zur Notfallalarmierung und Umgang mit Notfallrucksack, SOP zur Massivblutung, SOP zur Anaphylaxie, SOP zur Malignen Hyperthermie, SOP Polytraumamanagement, SOP Reanimation von Neugeborenen 2017-12-12
RM05	Schmerzmanagement	Standard peri- und postoperative Schmerztherapie, Standard Schmerzmanagement, Flußdiagramm Schmerzmanagement 2016-05-19
RM06	Sturzprophylaxe	Standard Sturzprophylaxe 2012-11-13
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Standard Dekubitusprophylaxe 2013-06-10

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Dienstanweisungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen 2011-03-01
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Verfahrensanweisung zur Reparaturbearbeitung von medizinischen Geräten und Instrumenten durch Fremdfirmen, Verfahrensanweisung zum Warenausgang bei Reparaturen für medizinische Geräte und Instrumente 2010-08-01
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Tumorkonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Pathologiebesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Palliativbesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Qualitätszirkel <input checked="" type="checkbox"/> Andere: Schmerztherapiebesprechungen
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Dienstanweisung und Arbeitsanweisung zur Medikamentenvergabe 2014-07-03
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Verfahrensanweisung Sichere Patientenidentifikation, Verfahrensanweisung Patientenarmband 2014-08-01
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Standard Aufwachraummanagement 2015-06-01
RM18	Entlassungsmanagement	Standard Entlassmanagement 2017-10-01

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungswinteres Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Schulungen zu bestimmten Themenbereichen, Einführung einer DA und Notfalltaste auf Telefon zum Umgang mit aggressiven Patienten in der Notaufnahme

Einrichtungswinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungswinteres Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2017-05-05
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich

Nr.	Einrichtungsinernes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem Nein

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	6	Pro Abteilung wurde jeweils mindestens ein hygienebeauftragter Arzt berufen.
Hygienefachkräfte (HFK)	2	
Hygienebeauftragte in der Pflege	20	Pro Station bzw. Abteilung wurde jeweils ein hygienebeauftragter Mitarbeiter der Pflege berufen.
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich	

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. med. Thomas Schmidt
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Telefon	03744 361 4102
Fax	03744 361 4113
E-Mail	t.schmidt@klinikum-obergoeltzsch.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor? ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Beachtung der Einwirkzeit	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor? ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> 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?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
--	--

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgeminestationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminestationen	38 ml/Patiententag
Ist eine Intensivstation vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	155 ml/Patiententag
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

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

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

Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<input checked="" type="checkbox"/> CDAD-KISS <input checked="" type="checkbox"/> HAND-KISS <input checked="" type="checkbox"/> ITS-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE-Netzwerk Sachsen	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Silber	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		im Rahmen von Stationsbesprechungen und Stationsleitersitzungen; Schulung der Hygienebeauftragten der Abteilung mit Verpflichtung zur Weitergabe an die gesamten Mitarbeiter, Kontrolle bei Stationsbegehung

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Externe Beschwerdeführer erhalten binnen 5 Werktagen eine Rückinformation über den Eingang der Beschwerde. Die verantwortlichen Stellen erhalten eine 8-Tage-Frist zur Stellungnahme. Binnen 14 Tagen erhalten die sich Beschwerdenden eine Rückantwort oder eine Einladung zu einem klärenden Gespräch. Es erfolgt eine monatliche Auswertung der kontinuierlichen Patientenbefragung.
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Erfassung: Sekretariat der Verwaltungsdirektorin ◦ Bearbeitung/Koordination: Verwaltungsdirektorin
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Eine anonyme Eingabe ist möglich. Telefon: 03744 361 2102 E-Mail: postmaster@klinikum-obergoeltzsch.de Internet: www.klinikum-obergoeltzsch.de ◦ http://www.klinikum-obergoeltzsch.de/ueber-uns/ansprechpartner/2-dipl-ing-oek-beate-liebold.html
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Befragung der Patienten des Klinikums Obergoeltzsch Rodewisch finden im 3-Jahres-Rhythmus statt. Es erfolgt eine wissenschaftliche Auswertung, die in allen Gremien des Klinikums besprochen wird. Weiterhin gibt es eine laufende Patientenbefragung, die monatlich ausgewertet wird und ebenfalls in allen Gremien besprochen wird.
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Einweiserbefragungen finden im 3-Jahres-Rhythmus statt. Es erfolgt eine wissenschaftliche Auswertung, die in allen Gremien des Klinikums besprochen wird. Verbesserungspotential, das sich aus den Befragungen ergibt, wird umgehend umgesetzt.

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl.-Ing.-Oek. Beate Liebold	Verwaltungsdirektorin	03744 361 2101	03744 32907	b.liebold@klinikum-obergoeltzsch.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	im OP-Saal, inklusive CO2-Angiographie

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	nur Pädiatrie
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	nur Akutdialyse
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		Ja	invasive und nicht invasive Beatmungstechnik
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja	
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	Ja	
AA32	Szintigraphiescanner /Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	Ja	
AA33	Uroflow/ Blasendruckmessung /Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	Ja	im Beckenbodenzentrum
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	Ja	SEP zum Neuromonitoring bei Struma- und Carotis-Operationen
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	Ja	
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	Ja	

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Allgemeine Chirurgie und Unfall- und Gelenkchirurgie

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Allgemeine Chirurgie und Unfall- und Gelenkchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art der Abteilung	Gemischte Haupt- und Belegabteilung

Zugänge

Straße	PLZ / Ort	Internet
Stiftstraße 10	08228 Rodewisch	https://www.klinikum-obergoeltzsch.de

Chefärztinnen/-ärzte:

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Thomas Schmidt	Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie	03744 / 361 - 4403	03744 / 361 - 4113	sekr.chirurgie@klinikum-obergoeltzsch.de
Dr. med. Jörg Nötzel	Chefarzt der Klinik für Unfall- und Gelenkchirurgie (ab 01.08.2017)	03744 / 361 - 4103	03744 / 361 - 4101	sekr.trauma@klinikum-obergoeltzsch.de
Dr. med. Dietrich Steiniger	Chefarzt der Klinik für Unfall- und Gelenkchirurgie (bis 31.07.2017)	03744 / 361 - 4103	03744 / 361 - 4101	sekr.trauma@klinikum-obergoeltzsch.de

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

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

Kommentar/Erläuterung:

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC05	Schrittmachereingriffe	Implantation von Ein- und Zweikammerschrittmachern, Eventrecordern sowie von Kardioverter-Defibrillatoren in Kooperation mit der Medizinischen Klinik II (Kardiologie/ Angiologie)
VC06	Defibrillatoreingriffe	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	Erstversorgung bei Ösophagusrupturen
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	konventionell und endovaskulär

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	Therapie akuter u. chronischer arterieller Verschlüsse mit allen operativen u. interventionellen Verfahren, Therapie der PAVK mittels interventioneller u. rekonstruktiver Verfahren (an infrarenaler Aorta, Beckengefäße u. der oberen u. unteren Extremitäten), Gefäßverletzungen, Karotisrekonstruktion
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	Chirurgie der Varikosis (Krampfaderoperationen) durch stadiengerechte konventionelle Verfahren
VC21	Endokrine Chirurgie	alle gängigen Resektionsverfahren bei gutartigen Schilddrüsenerkrankungen, stadien- und diagnosegerechte OP-verfahren einschließlich Lymphadenotomie bei vollständiger neck-dissection bei bösartigen Schilddrüsenerkrankungen, Chirurgie bei Erkrankungen der Nebenschilddrüsen und der Nebennieren
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	Ulcuschirurgie bei Blutungne und Perforation, resezierende Verfahren am Magen und Darm bei Tumorerkrankungen, OP von Liesten, Schenkel-, Narben-,Zwerchfell-Bauchwandbrüchen sowie Hydrozelen, Therapie von entzündlichen Erkrankungen des Darms, OP bei Analprolaps, Analfissuren, Hämorrhoiden
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	Gallenblasen-Gallengangchirurgie, Revisions-Operationen in Zusammenarbeit mit Endoskopieabteilung, Leberchirurgie bei Metastasen, Leberzysten, Leberrupturen, palliative Operationsverfahren bei Pankreastumoren, Behandlung akuter Pankreatitis zusammen mit Gastroenterologen
VC24	Tumorchirurgie	chirurgische Behandlung von Karzinomen im Magen-Darm-Trakt und der Schilddrüse
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	einschließlich Bandplastiken im Hand-, Fuß- und Kniebereich

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	Hüftgelenktotalendoprothesen in zementierter und zementfreier Technik, Hüftkopfersatz nach medialer Fraktur durch sogenannte Biartikular-Kopfprothese, Schultergelenkersatz nach Oberarmkopfrümmerfrakturen, prothetische Versorgung des Kniegelenks bei Verschleißerkrankungen
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	inklusive Schädelreparatur bei intracraniellen Hämatomen (Blutungen im Kopf) im Rahmen der unfallchirurgischen Notfallversorgung
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	Prothetischer Schultergelenkersatz nach Oberarmkopfrümmerfrakturen, Arthroskopische Schulteroperationen bei Instabilität, Rotatorenmanschettenläsion und Impingementsyndrom
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	Versorgung aller Frakturen, Sehnen- oder Bandverletzungen auch durch einen speziell ausgebildeten Handchirurgen
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	alle Osteosynthesen, Kreuzband OPs
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	alle Osteosynthesen
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	Versorgung von Verletzungen der Bauchhöhle, Erstversorgung von Ösophagusrupturen (Verletzungen der Speiseröhre) inkl. intraabdominale Verletzungen
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Cholezystektomie, Appendektomie > 7 Jahre, Hernien (Leisten-, Narben-, Hiatushernie), Hernifunduplicatio, Funduplicatio bei Refluxkrankheiten, Colonteilresektion, Sigmaresektion, Rektumresektion, Häsiolyse, Colostomie, Magenteilresektion

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC58	Spezialsprechstunde	Gefäßchirurgie, Wund- und Fußambulanz, proktologische Sprechstunde im Rahmen des Beckenbodenzentrums, kinderchirurgische Sprechstunde, handchirurgische Sprechstunde, Schultersprechstunde
VC61	Dialyseshuntchirurgie	Anlage von arterio-venösen Shunts zur Vorbereitung auf die Dialyse, Serviceoperationen, Alternative Katheterverfahren, Anlage von Shuntprothesen
VC62	Portimplantation	Anlage von Portsystemen
VC63	Amputationschirurgie	fachgerechte Amputationen
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	in begrenztem Umfang (OP bei Verletzung der Wirbelsäule oder Einengung des Rückenmarks)
VC66	Arthroskopische Operationen	ambulante OP im Bereich der Schulter, des Ellenbogens, des Knies und oberen Sprunggelenks
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC69	Verbrennungschirurgie	
VC71	Notfallmedizin	
VO15	Fußchirurgie	Versorgung von Fußdeformationen einschließlich OP bei Hallux valgus
VO16	Handchirurgie	spez. Nervenkompressionssyndrom, Denerrierung Ellenbogen, Sudeck-Syndrom, Rezidive v. Dupuytren u. Karpaltunnelsyndrom, mikrochirurgische Nervennähte u. -rekonstruktionen, Deckung von Hautdefekten, Daumenverlängerungen durch Kallusdistraktion, Versorgung durch speziell ausgebildeten Handchirurgen
VO19	Schulterchirurgie	arthroskopische OP Schultererkrankungen wie Engpaßsyndrom, Instabilität oder Verletzung der Rotatorenmanschette
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	Behandlung von Sportverletzungen aller Art und Überlastungssyndromen

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

keine Angaben

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

Vollstationäre Fallzahl	3810
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M16	243	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
M17	238	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
C18	210	Bösartige Neubildung des Kolons
S72	178	Fraktur des Femurs
I70	135	Atherosklerose
S82	130	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
E11	112	Diabetes mellitus, Typ 2
K40	111	Hernia inguinalis
K80	106	Cholelithiasis
S06	101	Intrakranielle Verletzung

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-820	294	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
5-822	227	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk
5-790	129	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
5-794	125	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5-916	114	Temporäre Weichteildeckung
5-530	111	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-896	111	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-511	94	Cholezystektomie
5-032	93	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis
5-900	85	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Gefäßchirurgische Sprechstunde und Beckenbodenzentrum		Doppler-/ Duplexsonografie, sämtliche gefäßchirurgische Fragestellungen; Varizensprechstunde; Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des proktologischen Formenkreises (Hämorrhoiden, Analfissuren, Analfisteln, Sinus pilonidalis, perianale Hautveränderungen), Harn-/Stuhlinkontinenz, Prolaps
AM07	Privatambulanz	Privatsprechstunde von Herrn Chefarzt Dr. med. Schmidt/ von Herrn Chefarzt Dr. med. Nötzel		

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM08	Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme		
AM09	D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arzt Sprechstunde		Anmeldung über Notfallambulanz (03744 361-1110), Betreuung von Patienten im Durchgangsarztverfahren, Beratungssprechstunde bei Beschwerden in Schulter-, Hüft- und Kniegelenk
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	vor- und nachstationäre Leistungen der Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie		

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-840	60	Operationen an Sehnen der Hand
5-056	52	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
5-787	41	Entfernung von Osteosynthesematerial
5-385	39	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
5-399	11	Andere Operationen an Blutgefäßen
5-534	11	Verschluss einer Hernia umbilicalis
5-790	4	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
5-849	< 4	Andere Operationen an der Hand
5-841	< 4	Operationen an Bändern der Hand
5-842	< 4	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	15,83
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,31
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,52
Ambulante Versorgung	0,22
Stationäre Versorgung	15,61
Fälle je VK/Person	244,07431

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	11,11
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,59

Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,52	
Ambulante Versorgung	0,22	
Stationäre Versorgung	10,89	
Fälle je VK/Person	349,86225	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	2
Fälle je VK/Person	1905,00000

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ06	Allgemeinchirurgie	Weiterbildungsermächtigung für 2 Jahre
AQ07	Gefäßchirurgie	Weiterbildungsermächtigung für 2 Jahre
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	Weiterbildungsermächtigung für 3 Jahre
AQ13	Viszeralchirurgie	Weiterbildungsermächtigung für 2 Jahre
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF12	Handchirurgie	Weiterbildungsermächtigung für 1,5 Jahre
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –	fachübergreifender Einsatz
ZF28	Notfallmedizin	
ZF34	Proktologie	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	Weiterbildungsermächtigung für 2 Jahre

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	40,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	39,73
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,52
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	40,25
Fälle je VK/Person	94,65838

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0,94
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,94
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,94
Fälle je VK/Person	4053,19148

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	1,07
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,07
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00

Stationäre Versorgung	1,07	
Fälle je VK/Person	3560,74766	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	7 Personen
PQ08	Operationsdienst	6 Personen
PQ20	Praxisanleitung	3 Personen
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP16	Wundmanagement	

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[2].1 Frauenheilkunde

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Frauenheilkunde
Fachabteilungsschlüssel	2425
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Zugänge

Straße	PLZ / Ort	Internet
Stiftstraße 10	08228 Rodewisch	http://www.klinikum-obergoeltzsch.de

Chefärztinnen/-ärzte:

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Wolfgang Hessel	Chefarzt der Frauenklinik	03744 / 361 - 5101	03744 / 361 - 5153	sekr.gyn@klinikum-obergoeltzsch.de

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

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

Kommentar/Erläuterung:

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	zertifiziertes Brustzentrum
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	
VG05	Endoskopische Operationen	
VG06	Gynäkologische Chirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	in Kooperation mit der chirurgischen Klinik
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	
VG15	Spezialsprechstunde	im Rahmen des zertifizierten Brustzentrums, präoperativ bei gynäkologischen Karzinomen, Einholung von Zweitmeinungen
VG16	Urogynäkologie	

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

keine Angaben

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

Vollstationäre Fallzahl	1073
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
C50	458	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
N81	58	Genitalprolaps bei der Frau
D25	42	Leiomyom des Uterus
N62	30	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]
N83	29	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri
D48	28	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
N39	24	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
D05	21	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]
N64	19	Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]
T85	17	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-870	289	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
5-399	108	Anderer Operationen an Blutgefäßen
5-683	88	Uterusexstirpation [Hysterektomie]
5-889	52	Anderer Operationen an der Mamma
5-690	51	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
5-872	48	(Modifizierte radikale) Mastektomie
5-704	28	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik
5-884	24	Mammareduktionsplastik
5-651	20	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
5-653	20	Salpingoovariektomie

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Mammakonferenz		interdisziplinäre Fallbesprechung von ambulanten Patienten aus dem Mammascreeingprogramm

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)		<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01) ◦ Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03) ◦ Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08) ◦ Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13) ◦ Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14) 	Auf Überweisung von FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe: Sonographie zur Abklärung unklarer Mammabefunde, Beratung vor plastisch-rekonstruktiven Eingriffen, Indikationsstellung und Beratung vor onkologischen OPs, Stanzbiopsie, Planung operativer Eingriffe bei Mamma-Karzinom
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Mammotom		Entfernung von kleinen Mammatumoren durch Saugbiopsie mit Hilfe computergestützter bildgebender Verfahren
AM07	Privatambulanz			nach Vereinbarung
AM08	Notfallambulanz (24h)	Notaufnahme		Diagnostik und Therapie aller gynäkologischer Notfälle
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Beckenbodenzentrum	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Inkontinenzchirurgie (VG07) ◦ Urogynäkologie (VG16) 	interdisziplinäre Fallbesprechung aus dem Mammascreeingprogramm
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a			

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
	SGB V			

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-690	127	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
1-672	111	Diagnostische Hysteroskopie
5-870	94	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
5-751	60	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]
5-399	55	Andere Operationen an Blutgefäßen
1-694	16	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
5-671	8	Konisation der Cervix uteri
5-651	7	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
5-653	5	Salpingoovariektomie
5-711	5	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	6,56
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,56
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,63
Stationäre Versorgung	5,93
Fälle je VK/Person	180,94435

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	4,90
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,90
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,63
Stationäre Versorgung	4,27
Fälle je VK/Person	251,28805
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Weiterbildungsermächtigung für 5 Jahre
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie	Weiterbildungsermächtigung für 2 Jahre

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Weiterbildungsermächtigung für 5 Jahre
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –	fachübergreifender Einsatz
ZF27	Naturheilverfahren	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	13,69
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,69
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	1,61
Stationäre Versorgung	12,08
Fälle je VK/Person	88,82450
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	2 Personen
PQ07	Pflege in der Onkologie	2 Personen
PQ08	Operationsdienst	6 Personen (klinikübergreifend für alle operativen Bereiche)
PQ20	Praxisanleitung	1 Person

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Klinische Neuropsychologen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Kinder Jugendpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Psychotherapeuten in Ausbildung waehrend Taetigkeit

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0

Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

B-[3].1 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Fachabteilungsschlüssel	2600
Art der Abteilung	Belegabteilung

Zugänge

Straße	PLZ / Ort	Internet
Stiftstraße 10	08228 Rodewisch	http://www.klinikum-obergoeltzsch.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V: Kommentar/Erläuterung:	Keine Zielvereinbarung getroffen
--	----------------------------------

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VH00	Traumatologie des Fachgebietes	Behandlung von Nasenbrüchen in Zusammenarbeit mit der Fachklinik für Unfallchirurgie und benachbarten Fachdisziplinen (Kieferchirurgie, Augenheilkunde)
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	Paikendrainage (Einlegen eines Kunststoff- oder Metallröhrchens in das Trommelfell zur Belüftung des Mittelohres und Trockenlegung der paukenhöhlenschleimhaut), Parazentese (Einschnitt des Trommelfells)
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	Ohrmuschelkorrektur
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	Kieferhöhlenspülung
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	Operation von Rachen- und Gaumenmandeln

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

keine Angaben

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

Vollstationäre Fallzahl	23
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
J35	23	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel
J34	< 4	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-285	14	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)
5-281	6	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)
5-200	< 4	Parazentese [Myringotomie]
5-214	< 4	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums
5-282	< 4	Tonsillektomie mit Adenotomie
5-895	< 4	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	HNO-Ambulanz	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres (VH01) ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes (VH02) ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres (VH03) ◦ Schwindeldiagnostik/-therapie (VH07) ◦ Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege (VH08) ◦ Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (VH09) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege (VH12) ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der 	

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
			<ul style="list-style-type: none"> Kopfspeicheldrüsen (VH15) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes (VH16) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea (VH17) ◦ Pädaudiologie (VH27) ◦ Diagnostik und Therapie von Allergien (VI22) ◦ Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32) 	

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-215	15	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]
5-285	15	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)
5-200	< 4	Parazentese [Myringotomie]

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-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen 1
Fälle je VK/Person 23,00000

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	als Belegarzt

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0,00	Die HNO-Abt. ist eine Belegabt. Pat. werden in der Kinderklinik oder Chir. Klinik untergebracht. Verantwortl. für die HNO-Pat. ist das entspr. Pflegepersonal der Station, auf der sich der jew. HNO-Pat. befindet. Deshalb ist eine eindeutige Angabe zur Anzahl d. Pflegekräfte nicht möglich.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	siehe o. g. Kommentar
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	0,00	
Fälle je VK/Person	0,00000	

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[4].1 Geburtshilfe

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Geburtshilfe
Fachabteilungsschlüssel	2500
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Zugänge

Straße	PLZ / Ort	Internet
Stiftstraße 10	08228 Rodewisch	http://www.klinikum-obergoeltzsch.de

Chefärztinnen/-ärzte:

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Wolfgang Hessel	Chefarzt der Frauenklinik	03744 / 361 - 5101	03744 / 361 - 5153	sekr.gyn@klinikum-obergoeltzsch.de

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

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

Kommentar/Erläuterung:

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VG00	Familienfreundliche Geburtshilfe	"familienfreundliche" Geburtshilfe unter Anwesenheit des Ehemannes oder einer vertrauten Bezugsperson
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie	Pränataldiagnostik (invasiv und nicht-invasiv); Erst-Trimester-Screening inkl. Nackenfalten-Messung; Feindiagnostik (DEGUM II)
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften	
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	
VG12	Geburtshilfliche Operationen	
VG19	Ambulante Entbindung	

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

keine Angaben

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

Vollstationäre Fallzahl	836
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[4].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
O80	334	Spontangeburt eines Einlings
O34	53	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane
O42	46	Vorzeitiger Blasensprung
O70	45	Damriss unter der Geburt
O48	35	Übertragene Schwangerschaft
O60	34	Vorzeitige Wehen und Entbindung
O64	34	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus
O26	33	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
O68	30	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]
O99	28	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-758	175	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Damriss]
5-749	111	Andere Sectio caesarea
5-740	84	Klassische Sectio caesarea
5-738	79	Episiotomie und Naht
5-728	58	Vakuumentbindung
5-756	26	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)
5-730	< 4	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]
5-701	< 4	Inzision der Vagina
5-741	< 4	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal
5-757	< 4	Uterusexstirpation, geburtshilflich

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			Planung der Geburtsleitung einschl. geburtshilfliche Untersuchung sowie Besprechung mit der Schwangeren ggf. einschl. sonographischer Untersuchung, Pränataldiagnostik (invasiv und nicht-invasiv); Erst-Trimester-Screening inkl. Nackenfalten-Messung; Feindiagnostik (DEGUM II)
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

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

trifft nicht zu / entfällt

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-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	1,91
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,91
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,91
Fälle je VK/Person	437,69633

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	1,30
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,30
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,30
Fälle je VK/Person	643,07692
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Weiterbildungsermächtigung für 5 Jahre
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie	Weiterbildungsermächtigung für 2 Jahre
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –	fachübergreifender Einsatz

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0,33
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,33
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00

Stationäre Versorgung	0,33
Fälle je VK/Person	2533,33333

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	2,53
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,53
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,53
Fälle je VK/Person	330,43478

Entbindungspfleger und Hebammen

Anzahl Vollkräfte	6,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,88
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	6,88
Fälle je VK/Person	121,51162

Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Beleghebammen und Belegentbindungspfleger	4
Fälle je VK/Person	209,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	1 Person
PQ20	Praxisanleitung	2 Personen (fachübergreifend Frauenklinik/Geburtshilfe/Kinder- u. Jugendmedizin)

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[5].1 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Fachabteilungsschlüssel	1000
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Zugänge

Straße	PLZ / Ort	Internet
Stiftstraße 10	08228 Rodewisch	http://www.klinikum-obergoeltzsch.de

Chefärztinnen/-ärzte:

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl.-Med. Grazyna Adamiak-Brych	Chefärztin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin	03744 / 361 - 6401	03744 / 361 - 6414	sekr.paed@klinikum- obergoeltzsch.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarung getroffen
Kommentar/Erläuterung:	

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VK00	Pulsoxymetrie, Hörtest, Hüftsonographie, Echokardiographie bei Neugeborenen	
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen	
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)	
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen	
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen	
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener	perinataler Schwerpunkt mit Versorgung von Neugeborenen nach der vollendeten 32. Schwangerschaftswoche
VK23	Versorgung von Mehrlingen	maximal Zwillinge
VK25	Neugeborenencreening	für alle Neugeborenen, soweit das Einverständnis der Eltern vorliegt

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VK31	Kinderchirurgie	Zusammenarbeit mit der chirurgischen Klinik des Hauses, Durchführung von Operationen bei Leistenbrüchen, Nabelbrüchen, Phimosen, Nichteintreten des Hodens in den Hodensack, Blinddarmentzündungen, kleine Operationen an der Haut
VK32	Kindertraumatologie	in direkter Zusammenarbeit mit der Klinik für Unfall- und Gelenkchirurgie
VK36	Neonatologie	neonatologischer Schwerpunkt
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	EEG-Ableitungen und Schlafentzugs-EEG möglich

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

keine Angaben

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

Vollstationäre Fallzahl	1623
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[5].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
Z38	525	Lebendgeborene nach dem Geburtsort
S06	100	Intrakranielle Verletzung
P39	77	Sonstige Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
A09	66	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
P59	61	Neugeborenenikterus durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen
P07	57	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert
P22	42	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen
A08	38	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen
J06	32	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege
J20	32	Akute Bronchitis

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-262	838	Postnatale Versorgung des Neugeborenen
8-930	551	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8-016	444	Parenterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung
8-010	254	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen
8-390	133	Lagerungsbehandlung
8-560	95	Lichttherapie
8-720	61	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-207	30	Elektroenzephalographie (EEG)
1-760	24	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung
5-470	21	Appendektomie

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM08	Notfallambulanz (24h)		<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva (VA03) ◦ Notfallmedizin (VC71) ◦ Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege (VH08) ◦ Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (VH09) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10) ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes (VH16) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15) ◦ Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01) ◦ Computertomographie (CT), nativ (VR10) ◦ Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22) 	

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V		<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva (VA03) ◦ Notfallmedizin (VC71) ◦ Diagnostik und Therapie von Allergien (VD01) ◦ Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut (VD04) ◦ Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen (VD07) ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres (VH01) ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes (VH02) ◦ Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege (VH08) ◦ Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (VH09) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen (VH10) ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle (VH14) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes (VH16) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea (VH17) ◦ Diagnostik und 	

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote ne Leistungen	Kommentar / Erläuterung
			<ul style="list-style-type: none"> Therapie von Nierenerkrankungen (VI08) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15) ◦ Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19) ◦ Diagnostik und Therapie von Allergien (VK13) ◦ Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener (VK22) ◦ Neugeborenen screening (VK25) ◦ Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter (VK26) ◦ Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05) 	
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V		<ul style="list-style-type: none"> ◦ Sonstiges (VK00) 	Für alle stationär behandelten Krankheitsbilder werden vor- und nachstationäre Behandlungen zur Verkürzung der Verweildauer und Sicherung des Behandlungserfolges angeboten.

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-640	19	Operationen am Präputium
5-530	17	Verschluss einer Hernia inguinalis

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-787	8	Entfernung von Osteosynthesematerial
5-534	6	Verschluss einer Hernia umbilicalis
5-624	4	Orchidopexie
1-650	< 4	Diagnostische Koloskopie
5-690	< 4	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
5-751	< 4	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]
8-200	< 4	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese
5-870	< 4	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe

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

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	7,32
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,32
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	7,32
Fälle je VK/Person	221,72131

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	3,73
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,73
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,73
Fälle je VK/Person	435,12064
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin	Weiterbildungsermächtigung für 4 Jahre
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF03	Allergologie	
ZF20	Kinder-Pneumologie	
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –	fachübergreifender Einsatz

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	2,46
-------------------	------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,46
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	2,46
Fälle je VK/Person	659,75609

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	12,49
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,49
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	12,49
Fälle je VK/Person	129,94395
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	1 Person
PQ20	Praxisanleitung	2 Personen (fachübergreifend in Frauenklinik/ Geburtshilfe/Kinder- und Jugendmed.)

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[6].1 Medizinische Klinik

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Medizinische Klinik
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Zugänge

Straße	PLZ / Ort	Internet
Stiftstraße 10	08228 Rodewisch	http://www.klinikum-obergoeltzsch.de

Chefärztinnen/-ärzte:

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. med. Beate Faust-Herzog	Chefärztin der Medizinischen Klinik II (Gastroenterologie, Diabetologie, Palliativmedizin, Allgemeine Innere Medizin)	03744 / 361 - 3172	03744 / 361 - 3174	sekr.gastro@klinikum-obergoeltzsch.de
Dipl.-Med. Andreas Seidel	Chefarzt der Medizinischen Klinik I (Kardiologie, Angiologie)	03744 / 361 - 3103	03744 / 361 - 3117	sekr.kardio@klinikum-obergoeltzsch.de

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

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

Kommentar/Erläuterung:

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC05	Schrittmachereingriffe	in Zusammenarbeit mit der chirurgischen Klinik
VC06	Defibrillatoreingriffe	in Zusammenarbeit mit der chirurgischen Klinik
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Therapie des akuten Myokardinfarktes inkl. prästationärer Lysetherapie, die interventionelle Koronartherapie erfolgt in Zusammenarbeit mit umliegenden Herzkatheterlaboren, Diagnostik und Therapie der koronaren Herzkrankheit, auch im Rahmen des Disease-Management-Programms (zugelassene Einrichtung).

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	COPD, Lungenembolie, Rechtsherzkrankungen etc. über Echokardiographie, Thorax-CT mit Kontrastmittel
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Synkopiendiagnostik mit Task-Force-Monitoring-System, akute und chronische Herzinsuffizienz, STEMI, NSTEMI
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Diagnostik und Therapie der arteriellen Verschlusskrankheit einschließlich diabetischer Mikro- und Makroangiopathie
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	Thrombose, postthrombotisches Syndrom, Lymphknotenschwellung
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Diagnostik und Therapie des akuten Schlaganfalls im Rahmen des Teleneuromedizinischen Schlaganfallnetzwerkes Südwestsachsen Diagnostik entzündlicher Erkrankungen (Meningitis, ENzephalitis) in enger Zusammenarbeit mit dem Sächsischen Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	Diagnostik und Therapie der komplizierten primären und sekundären arteriellen Hypertonie
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	Diagnostik akuter und chronischer Nierenerkrankungen sowie Therapie der chronischen Niereninsuffizienz (in Zusammenarbeit mit der Dialysepraxis Dr. med. Siegel/ Dr. med. Illig und Rodewisch (ambulante Dialysen))
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	Basisdiagnostik
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	inkl. stationärer Schulungen bei Typ 2 Diabetes mellitus, auch im Rahmen des Deases-Management-Programms (zugelassene Einrichtung), Diagnostik und Therapie der arteriellen Verschlusskrankheit sowie des diabetischen Fußsyndrom in enger Zusammenarbeit mit der diabetischen Schwerpunktpraxis im MVZ

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Diagnostik und Therapie der akuten und chronischen Gastrointestinalblutung sowie chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), Diagnostik und Therapie von Tumorerkrankungen des Magen-Darm-Traktes (in Zusammenarbeit mit der Klinik für Chirurgie)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen, gastroenterologische Tumorerkrankungen in enger Zusammenarbeit mit der chirurgischen Klinik, proktologische Diagnostik und Therapie (Hämorrhoiden, Fissuren, Ekzeme, Inkontinenz)
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	Ultraschalluntersuchungen, Punktionen, Laparoskopie (in Zusammenarbeit mit der chirurgischen Klinik)
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Akute und chronische Lebererkrankungen einschließlich der infektiösen Hepatitis und medikamentöse Leberschäden, Erkrankungen der Gallenwege sowie Erkrankungen des Pankreas, Vorbereitung zur Lebertransplantation
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Diagnostik und Therapie bei COPD, allergischem Asthma, Bronchitis, sowie bei ambulant erworbener und nosokomialer Pneumonie; Behandlung von Patienten mit Heimsauerstofftherapie und ambulanter Beatmung
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	Diagnostik und Therapie pleuraler Erkrankungen mittels Sonographie, Punktion, Drainage, Verödung
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	Serologie, Radiologie, Basis-/Akuttherapie
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Chemotherapie, gastroenterologische Tumore, Bronchialkarzinome, spezielle Palliativtherapie von Krebserkrankungen (Palliativstützpunkt), endoskopische Therapie von Frühkarzinomen der Speiseröhre, des Magens und des Darms
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI20	Intensivmedizin	die Behandlung erfolgt federführend auf der interdisziplinären Intensivstation und auf der Intermediate Care des Hauses
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI28	Anthroposophische Medizin	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	Langzeit-EKG bis zu 7 Tagen, Eventrekorder, Implantation von Ein- und Zweikammerherzschrittmachern sowie von Kardioverterdefibrillatoren in Kooperation mit der Klinik für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	Screening, Polysomnografie/ Einstellung auf CPAP, ASV, APAP, BiPAPS, BiPAPST, NIV, Auto-BiPAP, RLS, Narkolepsie, REM-Verhaltensstörung
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	in Zusammenarbeit mit dem Hämatologischen Labor
VI34	Elektrophysiologie	Sinusknotenerholungszeit
VI35	Endoskopie	inkl. Polypektomie, Endosonografie, Kapselendoskopie, Feinnadelbiopsie, ERCP (Dilatation, Stenteinlage), Steinextraktion, Argonplasmakoagulation, Beh. v. Ösophaguserkrankungen, Histoacrylinjektion, PEG- & PEJ-Anlagen, 24h-PH-Metrie, Manometrien, Malassimilationsdiagnostik
VI38	Palliativmedizin	Palliativstützpunkt zur speziellen Palliativtherapie bei Krebserkrankungen und anderen fortgeschrittenen Erkrankungen
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	Diagnostik und Therapie einschließlich der Behandlung mit monoklonalen Antikörpern
VN00	Zusammenarbeit mit dem Tele-Neuromedizinischen Schlaganfallnetzwerk Südwestsachsen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN22	Schlafmedizin	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	

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

keine Angaben

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

Vollstationäre Fallzahl	5036
Teilstationäre Fallzahl	425

B-[6].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I50	440	Herzinsuffizienz
J18	227	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
E86	169	Volumenmangel
E11	146	Diabetes mellitus, Typ 2
I48	144	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
A09	121	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
J44	120	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
I63	107	Hirninfrakt
I11	104	Hypertensive Herzkrankheit
I21	102	Akuter Myokardinfarkt

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-632	1136	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
3-200	849	Native Computertomographie des Schädels
1-440	729	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
1-790	647	Kardiorespiratorische Polysomnographie
9-984	647	Pflegebedürftigkeit
1-650	515	Diagnostische Koloskopie
8-717	446	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen
3-225	406	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3-207	355	Native Computertomographie des Abdomens
1-653	352	Diagnostische Proktoskopie

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz	Chefarztambulanz		
AM08	Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme		
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Diabetische Schwerpunktpraxis und internistische Facharztpraxis mit kardiologischem und gastroenterologischem Schwerpunkt		
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-650	384	Diagnostische Koloskopie
5-378	< 4	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators

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-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	17,70
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,70
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,32
Stationäre Versorgung	17,38
Fälle je VK/Person	289,75834

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	9,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,25
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,32
Stationäre Versorgung	8,93
Fälle je VK/Person	563,94176
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	Weiterbildungsermächtigung für 2 Jahre, Weiterbildungsermächtigung für Basisweiterbildung Innere Medizin/Allgemeinmedizin für 3 Jahre
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	Weiterbildungsermächtigung für 3 Jahre
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie	Weiterbildungsermächtigung für 2 Jahre
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF07	Diabetologie	Weiterbildungsermächtigung für 1,5 Jahre
ZF09	Geriatric	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –	fachübergreifender Einsatz
ZF28	Notfallmedizin	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF34	Proktologie	
ZF39	Schlafmedizin	
ZF44	Sportmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	44,60
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	44,60
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	44,60
Fälle je VK/Person	112,91479

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte	3,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,25
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	3,25
Fälle je VK/Person	1549,53846

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	7,49
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,49
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	7,49
Fälle je VK/Person	672,36315

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	2,51
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,51

Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	2,51	
Fälle je VK/Person	2006,37450	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	5 Personen
PQ07	Pflege in der Onkologie	1 Person
PQ20	Praxisanleitung	3 Personen
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP03	Diabetes	
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP07	Geriatric	
ZP20	Palliative Care	

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[7].1 Radiologie

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Radiologie
Fachabteilungsschlüssel	3751
Art der Abteilung	Nicht bettenführende Abteilung

Zugänge

Straße	PLZ / Ort	Internet
Stiftstraße 10	08228 Rodewisch	http://www.klinikum-obergoeltzsch.de

Chefärztinnen/-ärzte:

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl.-Med. Petra Möckel	Chefärztin des Radiologischen Institutes	03744 / 361 - 1401	03744 / 361 - 1416	radiologie@klinikum-obergoeltzsch.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarung getroffen
Kommentar/Erläuterung:	

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR15	Arteriographie	nur im OP verfügbar
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	ambulant für Selbstzahler und Arbeitsunfälle, für gesetzlich Versicherte begrenzte Ermächtigung
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	ambulant für Selbstzahler und Arbeitsunfälle, für gesetzlich Versicherte begrenzte Ermächtigung
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	ambulant für Selbstzahler und Arbeitsunfälle, für gesetzlich Versicherte begrenzte Ermächtigung
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	nur für Selbstzahler
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR42	Kinderradiologie	
VR43	Neuroradiologie	im Rahmen von CT- und MRT-Untersuchungen
VR44	Teleradiologie	Rufbereitschaftsdienst für Notfall-CT's

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

keine Angaben

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar / Erläuterung	Die Radiologie ist keine bettenführende Fachabteilung. Somit können hier keine Fallzahlen ausgewiesen werden.

B-[7].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Radiologie	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01) ◦ Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) (VR07) ◦ Computertomographie (CT), nativ (VR10) ◦ Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11) ◦ Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12) ◦ Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22) ◦ Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel (VR23) ◦ Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26) 	CT-Leistungen für alle Vers. mgl. eingeschränkte Ermächtigung bei: Mammographie, konv. Röntgen, Kinderröntgen. Für Selbstzahler: Privatpatienten und BGs sowie fremde KHS steht das Gesamtspektrum inkl. MRT bereit. Für gesetzlich Vers. begrenzte MRT-Ermächtigung. Vakuumbiopsie i.R.d. Mamma-Screening
AM07	Privatambulanz	Chefarztambulanz		Für Selbstzahler, Privatpatienten und

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
				Berufsgenossenschaften sowie fremde Krankenhäuser steht das Gesamtspektrum der Radiologie inklusive MRT zur Verfügung. Nach Vereinbarung.
AM08	Notfallambulanz (24h)		<ul style="list-style-type: none"> ◦ Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01) ◦ Computertomographie (CT), nativ (VR10) ◦ Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11) ◦ Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12) ◦ Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26) 	
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V		<ul style="list-style-type: none"> ◦ Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01) ◦ Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) (VR07) ◦ Computertomographie (CT), nativ (VR10) ◦ Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11) ◦ Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12) ◦ Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22) ◦ Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel (VR23) ◦ Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung 	

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
(VR26)				

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

trifft nicht zu / entfällt

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

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

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	3,63	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,63	
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	1,23	
Stationäre Versorgung	2,40	
Fälle je VK/Person		

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	2,88	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,88	
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	1,23	
Stationäre Versorgung	1,65	
Fälle je VK/Person		
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
Fälle je VK/Person	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ54	Radiologie	Weiterbildungsermächtigung für 4 Jahre
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF23	Magnetresonanztomographie – fachgebunden	
	–	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00	
Ambulante Versorgung	0,00	
Stationäre Versorgung	0,00	
Fälle je VK/Person		
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[8].1 Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

Name der Organisationseinheit / Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

Fachabteilung

Fachabteilungsschlüssel 3600

Art der Abteilung Hauptabteilung

Zugänge

Straße	PLZ / Ort	Internet
Stiftstraße 10	08228 Rodewisch	http://www.klinikum-obergoeltzsch.de

Chefärztinnen/-ärzte:

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
MUDr. Martin Povejsil	Chefarzt der Klinik für Anästhesie, Intensiv- und Schmerztherapie	03744 / 361 - 1102	03744 / 361 - 1109	sekr.its@klinikum-obergoeltzsch.de

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

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

Keine Zielvereinbarung getroffen

Kommentar/Erläuterung:

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI20	Intensivmedizin	inklusive Möglichkeit zur Langzeitbeatmung, Fibrinolyse von akuten Myokardinfarkten, Lungenembolien und venösen Thrombosen, Monitoring von EKG, Blutdruck, Sauerstoffsättigung und Respiration, ZVD-Messungen, Picco-Messung
VI27	Spezialsprechstunde	Anästhesiesprechstunde
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	kontinuierliches EKG-Monitoring mit Arrhythmieanalyse, Defibrillation, Kardioversion, kardiale Elektrostimulation transthorakal, transösophageal sowie über Einschwemmkatheter via Veau subclavia und Vena basilica
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI42	Transfusionsmedizin	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	Therapie akuter Schlafanfälle einschließlich Fibrinolysetherapie
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VR02	Native Sonographie	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU15	Dialyse	

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

keine Angaben

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

Vollstationäre Fallzahl	179
Teilstationäre Fallzahl	0
Kommentar / Erläuterung	Die ausgewiesene Fallzahl bezieht sich nur auf die Schmerztherapie. Die Anästhesie und Intensivmedizin sind keine eigenen Fachabteilungen, sondern interdisziplinäre Behandlungsstellen. Daher werden die Fallzahlen dieser Bereiche den jeweiligen Fachabteilungen zugeordnet.

B-[8].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M54	100	Rückenschmerzen
M53	19	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert
G62	10	Sonstige Polyneuropathien
M25	10	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert
M47	9	Spondylose
M79	7	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert
M51	< 4	Sonstige Bandscheibenschäden
M16	< 4	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
M17	< 4	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
R10	< 4	Bauch- und Beckenschmerzen

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-561	157	Funktionsorientierte physikalische Therapie
8-918	138	Multimodale Schmerztherapie
9-401	132	Psychosoziale Interventionen
8-919	44	Komplexe Akutschmerzbehandlung
3-802	15	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
8-917	11	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie
8-914	10	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie
3-900	9	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
3-203	8	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
9-984	6	Pflegebedürftigkeit

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote ne Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Schmerzambulanz	◦ Schmerztherapie (VI40)	Schmerztherapie auf Überweisung durch Vertragsärzte bei Patienten mit Tumorschmerz, visceralem Schmerz, Ischämieschmerz, Kopf- und Gesichtsschmerz, Weichteilrheumatismus, chronischen Schmerzbildern
AM08	Notfallambulanz (24h)	Notaufnahme		Die interdisziplinäre Notaufnahme ist rund um die Uhr für Patienten mit akuten Erkrankungen oder Verletzungen geöffnet.

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

trifft nicht zu / entfällt

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-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	11,99
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,99
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,43
Stationäre Versorgung	11,56
Fälle je VK/Person	15,48442

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	9,51
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,51
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,43
Stationäre Versorgung	9,08
Fälle je VK/Person	19,71365
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ01	Anästhesiologie	Weiterbildungsermächtigung für 4 Jahre
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF15	Intensivmedizin	Weiterbildungsermächtigung für 1,5 Jahre
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –	fachübergreifender Einsatz
ZF28	Notfallmedizin	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	Weiterbildungsermächtigung für 1 Jahr
ZF44	Sportmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	26,03
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	26,03
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,05
Stationäre Versorgung	25,98
Fälle je VK/Person	6,88991

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	1,54
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,54
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,54
Fälle je VK/Person	116,23376

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	1,46
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,46
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,46
Fälle je VK/Person	122,60273
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ01	Bachelor	1 Person
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	23 Personen
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	5 Personen
PQ08	Operationsdienst	6 Personen (klinikübergreifend für alle operativen Bereiche)
PQ20	Praxisanleitung	4 Personen
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Klinische Neuropsychologen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Kinder Jugendpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Psychotherapeuten in Ausbildung waehrend Taetigkeit

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Teil C - Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Kommentar / Erläuterung
Ambulant erworbene Pneumonie	259	100,0	
Geburtshilfe	681	100,0	
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	122	100,0	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	35	100,0	
Herzschrittmacher-Implantation	70	100,0	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	5	100,0	
Hüftendoprothesenversorgung	308	100,0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	73	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	5	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	11	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation			
Karotis-Revaskularisation	23	100,0	
Knieendoprothesenversorgung	247	100,0	
Leberlebendspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Kommentar / Erläuterung
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie	366	100,6	
Neonatologie	123	100,0	
Nierenlebendspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe	398	100,2	

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]

Qualitätsindikator	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Kennzahl-ID	2005
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,43
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,39 / 98,48
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	258 / 257
Rechnerisches Ergebnis	99,61
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,84 / 99,93
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
Kennzahl-ID	2006
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,50
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,45 / 98,54
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	255 / 254
Rechnerisches Ergebnis	99,61
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,81 / 99,93
Ergebnis im Berichtsjahr	N02
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
Kennzahl-ID	2007
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,63
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,25 / 96,97
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
Kennzahl-ID	2009
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,27
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,18 / 95,35
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	217 / 201
Rechnerisches Ergebnis	92,63
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,36 / 95,41
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben
Kennzahl-ID	2013
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	94,01
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,88 / 94,13
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	129 / 129
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,11 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
Kennzahl-ID	2028
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,59
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,49 / 95,68
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	141 / 137
Rechnerisches Ergebnis	97,16
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,93 / 98,89
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,25
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,18 / 96,32
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	254 / 248
Rechnerisches Ergebnis	97,64
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,94 / 98,91
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,04
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 / 1,05
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	258 / 41 / 33,87
Rechnerisches Ergebnis	1,21
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,91 / 1,59
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Kennzahl-ID	1103
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,84
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,77 / 0,90
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	70 / 0

Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 5,20
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte
Kennzahl-ID	54143
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,67
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 10,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,58 / 1,77
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	70 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 5,20
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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
Einheit	%
Bundesergebnis	98,28
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,19 / 98,37
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	70 / 70
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,80 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr Fachlicher Hinweis IQTIG	eingeschränkt/nicht vergleichbar Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Mehrzahl der Fälle implantiert werden sollte
Kennzahl-ID	54141
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,41
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,27 / 96,54
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	70 / 70
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,80 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	N02
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers aufgrund eines verlangsamten Herzschlags
Kennzahl-ID	54139
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	92,75
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00$ % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,56 / 92,93
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	70 / 69
Rechnerisches Ergebnis	98,57
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,34 / 99,75
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Minderzahl der Fälle implantiert werden sollte
Kennzahl-ID	54142
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,20
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,17 / 0,24
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	70 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 5,20
Ergebnis im Berichtsjahr	N02
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr
 Fachlicher Hinweis IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde
Kennzahl-ID	52311
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,41
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,33 / 1,50
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	70 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 5,20
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Kennzahl-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,97
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 / 1,03
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	70 / 0 / 1,10
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 3,31
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden
Kennzahl-ID	52305
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,68
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,61 / 95,76

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	266 / 266
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,58 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers
Kennzahl-ID	50005
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,22
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,98 / 96,45

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	11 / 11
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,12 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleich-bedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Kennzahl-ID	50017
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,68
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,58 / 0,79
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	11 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 25,88
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51186
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,08
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 5,98 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 / 1,25
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	11 / 0 / 0,11
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 25,98
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden
Kennzahl-ID	52316
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,92

Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,79 / 96,05
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	38 / 38
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,82 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde
Kennzahl-ID	52325
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,69

Referenzbereich (bundesweit)	≤ 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,60 / 0,81
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	11 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 25,88
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Anwesenheit einer Kinderärztin / eines Kinderarztes bei Frühgeburten
Kennzahl-ID	318
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,76 / 97,17
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	10 / 10
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	72,25 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten
Kennzahl-ID	1058
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,27
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,19 / 0,39
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Kaiserschnittgeburten
Kennzahl-ID	50045
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	ja
Einheit	%
Bundesergebnis	99,03
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,99 / 99,07
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	191 / 191
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,03 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51181
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,02
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 / 1,04
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	417 / 0 / 5,51
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 0,69
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51397
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,05
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 / 1,10

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	619 / 0 / 1,17
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 3,26
Ergebnis im Berichtsjahr	N02
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand
Kennzahl-ID	51803
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,97
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 2,32
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 / 0,99
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	628 / 4 / 4,39
Rechnerisches Ergebnis	0,91
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,35 / 2,33

Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Übersäuerung des Blutes bei Frühgeborenen (Einlingen) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51831
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,01
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 5,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 / 1,13
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	26 / 0 / 0,10
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 33,53
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Kaiserschnittgeburten - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	52249
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,99
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 1,25 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 / 0,99

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	659 / 188 / 186,82
Rechnerisches Ergebnis	1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,89 / 1,13
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)
Kennzahl-ID	321
Leistungsbereich	Geburtshilfe

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,21
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,20 / 0,23
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	619 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 0,62
Ergebnis im Berichtsjahr	N02
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)
Kennzahl-ID	330
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,18
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,79 / 97,52
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung
Kennzahl-ID	612
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	87,66
Referenzbereich (bundesweit)	>= 72,82 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	87,34 / 87,98
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	28 / 25
Rechnerisches Ergebnis	89,29
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	72,80 / 96,29
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung
Kennzahl-ID	10211
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	8,94
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 20,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	8,50 / 9,40
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	11 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 25,88
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken
Kennzahl-ID	12874
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,19
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 5,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,09 / 1,31
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	28 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 12,06
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51906
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,02
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 4,18
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 / 1,09
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	85 / 0 / 0,54
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 6,81
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Kennzahl-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	2,77
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 5,59 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,67 / 2,87
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren
Kennzahl-ID	52535
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	19,38
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	15,45 / 24,03
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit einer Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Kennzahl-ID	54029
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,15
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 4,37 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,07 / 1,24
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Kennzahl-ID	54030
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	16,23
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	15,94 / 16,53
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	73 / 7
Rechnerisches Ergebnis	9,59
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	4,72 / 18,50
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	54033
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,08
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,35 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,06 / 1,11
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	46 / 4 / 8,18
Rechnerisches Ergebnis	0,49
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,19 / 1,14
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	54036
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,96
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 4,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 / 1,06
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	73 / 0 / 0,46
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 8,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	54040
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein

Einheit	
Bundesergebnis	0,73
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 3,54 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,66 / 0,79
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	1,25
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,22 / 6,70
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	54046
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,00
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,02 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 / 1,04
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	73 / 4 / 3,57
Rechnerisches Ergebnis	1,12
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,44 / 2,71
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium
Kennzahl-ID	2163
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,02 / 0,16
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	14 / 0

Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 21,53
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage
Kennzahl-ID	51370
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	5,18
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 18,44 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,00 / 5,36
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund
Kennzahl-ID	52268
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	13,15
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,89 / 13,41
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	257 / 41
Rechnerisches Ergebnis	15,95
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	11,98 / 20,93
Ergebnis im Berichtsjahr	N02
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)
Kennzahl-ID	52279
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,24
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00$ %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,99 / 96,47
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	48 / 48
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,59 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung
Kennzahl-ID	51846
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,16
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00$ % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,04 / 97,28
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	285 / 273
Rechnerisches Ergebnis	95,79
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,79 / 97,58
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)
Kennzahl-ID	52330
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	99,23
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00$ %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,10 / 99,35
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	59 / 59
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,89 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten
Kennzahl-ID	51847
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,05
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00$ % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,83 / 96,25
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	127 / 111
Rechnerisches Ergebnis	87,40
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,51 / 92,09
Ergebnis im Berichtsjahr	A41
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen
Kennzahl-ID	54019
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	2,41
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 7,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,34 / 2,48
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	234 / 5
Rechnerisches Ergebnis	2,14
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,92 / 4,90
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen
Kennzahl-ID	54016
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,62
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 6,03 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,56 / 1,68
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	234 / 6
Rechnerisches Ergebnis	2,56
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,18 / 5,48
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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
Einheit	%
Bundesergebnis	6,21
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 17,46 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,93 / 6,51
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Kennzahl-ID	54018
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	4,52
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 11,11 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,35 / 4,69
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	60 / 6
Rechnerisches Ergebnis	10,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	4,66 / 20,15
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
Kennzahl-ID	54001
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,65
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00$ % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,56 / 96,73
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	234 / 234
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,38 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile
Kennzahl-ID	54002
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	92,87
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 86,00$ % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,56 / 93,17
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	21 / 19
Rechnerisches Ergebnis	90,48
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	71,09 / 97,35
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitäts-indikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Kennzahl-ID	54003
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	15,63
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	15,34 / 15,93
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	60 / 9
Rechnerisches Ergebnis	15,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	8,10 / 26,11
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
--------------------------	---

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Kennzahl-ID	54004
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 80,00$ % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,90 / 95,10
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	213 / 213
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,23 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus
Kennzahl-ID	54010
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,01
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,95 / 98,08
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	233 / 233
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,38 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	54012
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,01
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 / 1,03

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	264 / 8 / 7,94
Rechnerisches Ergebnis	1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,51 / 1,95
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben
Kennzahl-ID	54013

Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,20
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,18 / 0,22
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Kennzahl-ID	54015
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	11,11
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,85 / 11,37
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	60 / 9
Rechnerisches Ergebnis	15,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	8,10 / 26,11
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten
Kennzahl-ID	54120

Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	11,77
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 29,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	11,39 / 12,15
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	21 / 5
Rechnerisches Ergebnis	23,81
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	10,63 / 45,09
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
Kennzahl-ID	54020
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,64
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,56 / 97,72
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	179 / 179
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,90 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
--------------------------	---

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks
Kennzahl-ID	54021
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,93
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,65 / 96,20
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	48 / 48
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,59 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile
Kennzahl-ID	54022
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	90,88
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	90,47 / 91,28
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	24 / 19
Rechnerisches Ergebnis	79,17
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	59,53 / 90,76
Ergebnis im Berichtsjahr	U33
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	nach strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig von der SLÄK bewertet, erklärt sich durch Einzelfälle

Qualitätsindikator	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus
Kennzahl-ID	54026
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	92,42
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00 % (Zielbereich)

Vertrauensbereich (bundesweit)	92,29 / 92,54
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	227 / 211
Rechnerisches Ergebnis	92,95
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,86 / 95,62
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	54028
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,94
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 4,22 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 / 1,00
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	232 / 0 / 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 3,27
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Spezifische Komplikationen beim geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
Kennzahl-ID	54124
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,09
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 4,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 / 1,14
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	227 / 9
Rechnerisches Ergebnis	3,96
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,10 / 7,36
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile auftreten
Kennzahl-ID	54125
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	5,01
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 14,70 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,71 / 5,33
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben
Kennzahl-ID	54127
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,04
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 / 0,05
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	231 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 1,64
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Kennzahl-ID	1089
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,70
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,57 / 0,87

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	5 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 43,45
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51404
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,00
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 5,63 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,86 / 1,15
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	3,97
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,72 / 12,39
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden
Kennzahl-ID	52315
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,78
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,60 / 1,00

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 48,99
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation
Kennzahl-ID	52328
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	3,78
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 10,07 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,59 / 3,98
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	16 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 19,36
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Kennzahl-ID	50041
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,04
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 / 1,27
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Infektion als angebrachter Grund für eine erneute Operation
Kennzahl-ID	52002
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	ja
Einheit	%
Bundesergebnis	0,62
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,38 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,55 / 0,71
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	16 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 19,36
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden
Kennzahl-ID	52324
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,58
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,42 / 0,80
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51196
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,89
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 4,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,75 / 1,04
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 116,05
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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
Einheit	%
Bundesergebnis	3,16

Referenzbereich (bundesweit)	≤ 6,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,99 / 3,35
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	16 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 19,36
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
Kennzahl-ID	51078
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	3,52
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,11 / 3,99
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
Kennzahl-ID	51838
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,46
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,25 / 1,70
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51843
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,25
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,07 / 1,46
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung von Frühgeborenen
Kennzahl-ID	51901
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,97
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 2,08 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 / 1,02
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	

Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008). Für Frühgeborene zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick, Welch et al. 2004; Heller 2008; AQUA 2011). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden. AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2013): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung. Stand: 18.03.2013. Göttingen: AQUA. Signatur: 13-SQG-005. URL: https://sqg.de/downloads/Themen/Strukturierter_Qualitaetsbericht/2012/QI-Pruefung_Bericht_2012.pdf (abgerufen am: 21.03.2018). Dimick, JB; Welch, HG; Birkmeyer, JD (2004): Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size. JAMA – Journal of the American Medical Association 292(7): 847-51. DOI: 10.1001/jama.292.7.847. Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0. Swamy, GK; Østbye, T; Skjærven, R (2008): Association of preterm birth with long-term survival, reproduction, and next-generation preterm birth.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.
Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Wachstum des Kopfes
Kennzahl-ID	52262
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	9,59
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 22,20 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,14 / 10,05
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
Kennzahl-ID	51079
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	5,61
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert

Vertrauensbereich (bundesweit)	5,14 / 6,12
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
Kennzahl-ID	51832
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	4,19
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,83 / 4,57
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	50050
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,88
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,79 / 0,97
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)- unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	50052
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,07
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 / 1,21
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	50053
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,90

Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 / 0,98
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
---------------------------	---

Kennzahl-ID	51837
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,99
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 / 1,09
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	50060
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	ja
Einheit	
Bundesergebnis	1,00
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,53 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 / 1,05
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	123 / 0 / 0,60
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 6,24
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

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

Bundesergebnis	0,94
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 2,50 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 / 0,99
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Kennzahl-ID	50063
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,81
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,72 / 97,90
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	120 / 120
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,90 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
Kennzahl-ID	51076
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	3,29
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,97 / 3,64
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)
Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 / 0,01
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	10868 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 0,04
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Kennzahl-ID	51398
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,25
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,18 / 0,33
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	35 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 9,89
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden
Kennzahl-ID	52307
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,78
Referenzbereich (bundesweit)	≥ 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,67 / 97,88
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	120 / 120
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,90 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Kennzahl-ID	1096
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,10
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 / 0,16
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	35 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 9,89
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Kennzahl-ID	50031
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,20
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,13 / 0,30
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	5 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 43,45
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden
Kennzahl-ID	52321
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,39
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,29 / 98,49
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	24 / 22
Rechnerisches Ergebnis	91,67
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,15 / 97,68
Ergebnis im Berichtsjahr	A41
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Kennzahl-ID	50030
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,10
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 / 0,18
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	5 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 43,45
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr Fachlicher Hinweis IQTIG	unverändert Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Schlaganfall oder Tod während der Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	11704
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,10
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,90 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,02 / 1,19
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	23 / 0 / 0,39
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 8,40
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
Kennzahl-ID	603
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,96
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,78 / 99,12
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	11 / 11
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,12 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden
Kennzahl-ID	604
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	99,82
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,71 / 99,89
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	11 / 11
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,12 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	11724
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,17
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 3,95 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,06 / 1,29
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	23 / 0 / 0,19
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 17,33
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle, bei denen ? Gehen nur mit Hilfe möglich ist und/oder eine komplette Aphasie vorliegt, ? die Patientin / der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder ? der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Qualitätsindikator	Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
Kennzahl-ID	51437
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,53
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,03 / 98,90
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden
Kennzahl-ID	51443
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	99,56
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,16 / 99,77
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	

Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51865
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,05
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 4,26 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 / 1,20
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle, bei denen ? Gehen nur mit Hilfe möglich ist und/oder eine komplette Aphasie vorliegt, ? die Patientin / der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder ? der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Qualitätsindikator	Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes
Kennzahl-ID	52240
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	6,64
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,19 / 10,38
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51873
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,00
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,82 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 / 1,11
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

DMP	Kommentar / Erläuterung
Brustkrebs	
Diabetes mellitus Typ 2	
Koronare Herzkrankheit (KHK)	

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
Leistungsbereich: Babyfreundliche Geburtsklinik
Bezeichnung des Qualitätsindikators: B.E.St. Kriterien der WHO/Unicef-Initiative Babyfreundlich
Ergebnis: Erfüllung und Bestätigung durch Zertifizierung bzw. Rezertifizierung
Messzeitraum: 01.01.2017-31.12.2017
Datenerhebung: Babyfreundliche Geburtsklinik
Rechenregeln:
Referenzbereiche: gemäß Zertifizierungskriterien
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: ClarCert GmbH
Leistungsbereich: Polytraumaversorgung/ Lokales Traumazentrum Westsachsen
Bezeichnung des Qualitätsindikators: Leitliniengerechte Versorgung von Polytraumapatienten gem. Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
Ergebnis: Erfüllung der Anforderung und Zertifizierung als Traumazentrum
Messzeitraum: 01.01.2017-31.12.2017
Datenerhebung: Überprüfung der Ergebnisqualität- TraumaRegister DGU
Rechenregeln:
Referenzbereiche: gemäß Zertifizierungskriterien
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: TraumaRegister DGU
Leistungsbereich: Zertifiziertes EndoProthetikZentrum Obergöltzsch Rodewisch
Bezeichnung des Qualitätsindikators: Qualitätsindikatoren der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
Ergebnis: Vorgaben der Initiative EndoCert im Bereich der endoprothetischen Versorgung werden erfüllt
Messzeitraum: 01.01.2017-31.12.2017
Datenerhebung: Endoprothetikregister Deutschland (EPRD)
Rechenregeln:
Referenzbereiche: gemäß Zertifizierungskriterien
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: EndoCert
Leistungsbereich: Akkreditiertes Schlafmedizinisches Zentrum
Bezeichnung des Qualitätsindikators: Qualitätsindikatoren der deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin
Ergebnis: Erfüllung und Bestätigung durch Akkreditierung der DGSM
Messzeitraum: 01.01.2017-31.12.2017
Datenerhebung: Schlafmedizinisches Zentrum

Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Rechenregeln:
Referenzbereiche: gemäß Akkreditierungskriterien
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: DGSM

Leistungsbereich: Zertifiziertes Brustzentrum
Bezeichnung des Qualitätsindikators: Qualitätsinidkator der Deutschen Gesellschaft für Senologie und der Deutschen Krebsgesellschaft
Ergebnis: Erfüllung und Bestätigung durch Zertifizierung bzw. Rezertifizierung als Brustzentrum
Messzeitraum: 01.01.2017-31.12.2017
Datenerhebung: Brustzentrum Vogtland/ Sudwestsächsisches Tumorzentrum e.V. Zwickau
Rechenregeln:
Referenzbereiche: gemäß Zertifizierungskriterien
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: Tumorzentrum/ Tumorboard

Leistungsbereich: Entnahmekrankenhäuser gem. Transplantationsgesetz
Bezeichnung des Qualitätsindikators: Transplantcheck
Ergebnis: Erfüllung der Anforderungen
Messzeitraum: 01.01.2017-31.12.2017
Datenerhebung: ITS/Transplantcheck
Rechenregeln:
Referenzbereiche: gemäß Akkreditierungskriterien
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmetatbestand	Kommentar/ Erläuterung
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	179	Kein Ausnahmetatbestand (MM05)	zertifiziertes Endoprothetikzentrum

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie	Kommentar/Erläuterung
CQ01	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma	
CQ07	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinataler Schwerpunkt	

Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	61
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	48
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	48

(*) 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)