



# **Strukturierter Qualitätsbericht**

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

**für das Berichtsjahr 2016**

# **Klinikum Fürth**

Dieser Qualitätsbericht wurde am 18. Oktober 2017 erstellt.

-	<b>Einleitung</b> .....	4
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts</b> .....	6
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	6
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	8
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	15
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	23
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	25
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	26
A-10	Gesamtfallzahlen.....	26
A-11	Personal des Krankenhauses .....	27
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	47
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	67
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen</b> ..	70
B-1	Augenklinik .....	70
B-2	Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie .....	77
B-3	Frauenklinik und Geburtshilfe (Nathanstift) .....	86
B-4	Geriatric .....	99
B-5	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde .....	107
B-6	Klinik für Herz- und Lungenerkrankungen.....	116
B-7	Klinik für Gastroenterologie und Onkologie .....	127
B-8	Klinik für Kinder und Jugendliche .....	141
B-9	Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie .....	155
B-10	Neurologische Klinik.....	167
B-11	Radiologisches Institut.....	177
B-12	Schmerztherapeutische Klinik.....	187
B-13	Klinik und Praxis für Strahlenheilkunde .....	195
B-14	Klinik für Thorax-, Gefäß- und Viszeralchirurgie.....	202
B-15	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie.....	217
B-16	Klinik für Urologie und Kinderurologie .....	234
B-17	Zentrale Notaufnahme .....	250

<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung</b> .....	<b>262</b>
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V .....	262
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	427
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	428
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	428
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V.....	428
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	428
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V.....	429

## Einleitung

Die Notwendigkeit einer stationären oder ambulanten Behandlung ist oftmals mit persönlicher Sorge, Unsicherheit, häufig auch mit Angst verbunden. Qualität heißt für uns, dass sich unsere Patientinnen und Patienten und deren Angehörige in unserem Haus geborgen fühlen – in der Sicherheit, optimal betreut zu werden. Um unsere Qualität nach außen sichtbar zu machen, unterziehen wir uns regelmäßig den strengen Prüfverfahren der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ GmbH). Dies hilft uns außerdem dabei, unsere Prozesse immer wieder zu hinterfragen und uns kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Ein entscheidender Faktor für unseren Erfolg ist die Professionalität und Zuverlässigkeit unseres Personals. Wir sind daher immer bemüht, bestqualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Herz und Fachwissen für unser Haus zu gewinnen. Für die persönliche und fachliche Weiterentwicklung aller Beschäftigten hält unser hauseigenes Bildungszentrum ein breites Spektrum an Fort- und Weiterbildungen bereit.

Der vorliegende Qualitätsbericht richtet sich an verschiedene Zielgruppen: die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen, einweisende Ärztinnen und Ärzte, verschiedene Gesundheitseinrichtungen und auch an die Krankenkassen. Wir haben uns bemüht, den unterschiedlichen Informationsbedürfnissen gerecht zu werden und unser Leistungsspektrum und unsere Qualitätskennzahlen verständlich und anschaulich zu präsentieren.

Der Qualitätsbericht soll vor allem Ihnen, liebe Patientinnen und Patienten, als Entscheidungshilfe dienen. So finden Sie auf den folgenden Seiten zahlreiche Informationen, die Ihnen zeigen, warum das Klinikum Fürth für Ihre Behandlung die richtige Wahl ist. Der Bericht enthält Angaben über die häufigsten Behandlungsverfahren, in denen wir viel Erfahrung vorweisen können. Darüber hinaus geben wir Ihnen Auskunft über unsere medizinischen Fachabteilungen, die diagnostische und therapeutische Ausstattung, allgemeine Serviceleistungen und die Ergebnisqualität unseres Hauses.

Wir hoffen, Ihnen mit der neuen Ausgabe des Qualitätsberichts hilfreiche Informationen zur Verfügung stellen zu können und freuen uns über jede Rückmeldung und jeden Hinweis.

Peter Krappmann  
Vorstand

### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Qualitätsmanagementbeauftragter
<b>Titel, Vorname, Name</b>	<b>Dr. Felix Große</b>
<b>Telefon</b>	0911/7580-1044
<b>Fax</b>	0911/7580-1049
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:felix.grosse@klinikum-fuerth.de">felix.grosse@klinikum-fuerth.de</a>

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Vorstand
<b>Titel, Vorname, Name</b>	<b>Herr Peter Krappmann</b>
<b>Telefon</b>	0911/7580-1003
<b>Fax</b>	0911/7580-1009
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:peter.krappmann@klinikum-fuerth.de">peter.krappmann@klinikum-fuerth.de</a>

#### Weiterführende Links

Link zur Homepage des Krankenhauses: <http://www.klinikum-fuerth.de>

Link zu weiterführenden Informationen: [http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten\\_Besucher/Lageplan.php](http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Lageplan.php)

Link	Beschreibung
<a href="https://klinikum-fuerth.de/Einweiser_Foedervereine_und_Partner/Ansprechpartner.php">https://klinikum-fuerth.de/Einweiser Foedervereine und Partner/Ansprechpartner.php</a>	Kontakt & Ansprechpartner

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

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	Klinikum Fürth
Hausanschrift	Jakob-Henle-Straße 1 90766 Fürth
Telefon	0911/7580-0
Fax	0911/7580-1009
Postanschrift	Postfach 2545 90744 Fürth
Institutionskennzeichen	260950077
URL	<a href="http://www.klinikum-fuerth.de">http://www.klinikum-fuerth.de</a>

### Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Medizinischer Direktor Operative Bereiche
Titel, Vorname, Name	<b>Dr. med. Evangelos Tsekos</b>
Telefon	0911/7580-1002
Fax	0911/7580-1896
E-Mail	<a href="mailto:evangelos.tsekos@klinikum-fuerth.de">evangelos.tsekos@klinikum-fuerth.de</a>

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Medizinischer Direktor Nicht-operative Bereiche
Titel, Vorname, Name	<b>Dr. med. Manfred Wagner</b>
Telefon	0911/7580-3010
Fax	0911/7580-1009
E-Mail	<a href="mailto:manfred.wagner@klinikum-fuerth.de">manfred.wagner@klinikum-fuerth.de</a>

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	<b>Priv.-Doz. Dr. med. Rainer Wölfel</b>
Telefon	0911/7580-1251
Fax	0911/7580-1891
E-Mail	<a href="mailto:rainer.woelfel@klinikum-fuerth.de">rainer.woelfel@klinikum-fuerth.de</a>

## Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter / Pflegedienstleiterin	
<b>Funktion</b>	Pflegedirektor
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Oliver Riedel
<b>Telefon</b>	0911/7580-2002
<b>Fax</b>	0911/7580-2009
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:pflegedirektion@klinikum-fuerth.de">pflegedirektion@klinikum-fuerth.de</a>

## Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter / Verwaltungsleiterin	
<b>Funktion</b>	Kaufmännische Leitung
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr René Klinger
<b>Telefon</b>	0911/7580-1020
<b>Fax</b>	0911/7580-1009
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:rene.klinger@klinikum-fuerth.de">rene.klinger@klinikum-fuerth.de</a>

Verwaltungsleiter / Verwaltungsleiterin	
<b>Funktion</b>	Vorstand
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Herr Peter Krappmann
<b>Telefon</b>	0911/7580-1003
<b>Fax</b>	0911/7580-1009
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:peter.krappmann@klinikum-fuerth.de">peter.krappmann@klinikum-fuerth.de</a>

Verwaltungsleiter / Verwaltungsleiterin	
<b>Funktion</b>	Personalleiter
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Steffen Köhler
<b>Telefon</b>	0911/7580-0
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:steffen.koehler@klinikum-fuerth.de">steffen.koehler@klinikum-fuerth.de</a>

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

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

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
<b>Name</b>	Selbständiges Kommunalunternehmen Klinikum Fürth Anstalt des öffentlichen Rechts
<b>Art</b>	Öffentlich

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart	
<b>Krankenhausart</b>	Akademisches Lehrkrankenhaus
<b>Universität</b>	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie	
<b>Psychiatrisches Krankenhaus</b>	Nein
<b>Regionale Versorgungsverpflichtung</b>	Nein

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	In unserem Bewegungsbad wird Ihr Genesungsprozess unter professioneller Anleitung, insbesondere bei orthopädischen und traumatischen Erkrankungen der Wirbelsäule, sowie bei Frakturen und Weichteilverletzungen unterstützt.
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Für eine menschliche Begleitung sterbender Patienten stellen wir neben einer palliativmedizinischen Versorgung, die individuelle Zuwendung und die Integration der Angehörigen in den Mittelpunkt.
MP57	Biofeedback-Therapie	Biofeedback wird am Klinikum Fürth im Rahmen von Verhaltenstherapien oder psychosomatischen Behandlungen zur Entspannung, Rehabilitation und/oder zur Schmerztherapie eingesetzt.
MP01	Akupressur	Die Akupressur wird vorwiegend im Bereich der Entbindung angewendet. Hierfür steht den Patienten besonders geschultes Personal zur Verfügung.
MP02	Akupunktur	Akupunktur wird als Teilgebiet der traditionellen chinesischen Medizin (TCN) im Bereich der Entbindung, palliativen Patienten oder chronischen Erkrankungen als Zusatzangebot den Patienten angeboten.
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Das Klinikum Fürth bietet im Rahmen der Angehörigenbetreuung umfassende Beratung sowie eine Vielzahl an Seminaren an. Wenden Sie sich hierzu bitte an das Personal auf den Stationen.
MP54	Asthmaschulung	Am Klinikum Fürth wird das nationale ambulante Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA) in Kleingruppen mit maximal acht Teilnehmern von Ärzten der Medizinischen Klinik 1 durchgeführt. Im Rahmen des DMP werden regelmäßig auch Asthmaschulungen für Klein- und Schulkinder angeboten.

MP04	Atemgymnastik/-therapie	Speziell qualifizierte Pflegekräfte und Physiotherapeuten besuchen Sie auf dem Zimmer und trainieren mit Ihnen den richtigen Umgang mit Inhalations-Systemen. Um das Risiko postoperativer Komplikationen zu reduzieren, führen wir darüber hinaus mit operierten Patienten Atemübungen durch.
MP06	Basale Stimulation	Basale Stimulation führt zur Aktivierung der Wahrnehmungsbereiche und regt die primäre Körper- und Bewegungserfahrungen durch Verwendung individueller non-verbaler Kommunikation bei Patienten mit eingeschränkter Bewegungsaktivität an.
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	Im Rahmen der Geburtsvorbereitung finden regelmäßig Vorbereitungskurse, Beratungen und Rückbildungsgymnastik im Nathanstift/Entbindungsabteilung des Klinikum Fürth statt.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Innerhalb des Klinikum Fürth werden Anlass- und Diagnosebezogen unterschiedliche Formen des Gedächtnistraining/ Kognitives Training angeboten und durchgeführt.
MP21	Kinästhetik	Das Kinästhetik-Konzept wird im Rahmen regelmäßiger Seminare durch speziell geschultes Personal vermittelt und trägt damit dazu bei, dass schwerstkranke Patienten möglichst aktiv in ihrem Heilungsprozess gefördert werden.
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Das Einüben von Verhaltensmaßnahmen zum Kontinenzertalt wird im Rahmen der stationären Therapie mit den betroffenen Patientengruppen eingeübt. Dabei wird mit örtlichen Selbsthilfegruppen und nachbehandelnden Institutionen eng zusammengearbeitet.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Am Klinikum Fürth wird frühzeitig das Entlassmanagement über den Sozialdienst und die Pflegeüberleitung im Behandlungsprozess integriert. Sie betreut den Patienten vom Tag der Aufnahme bis zur Entlassung und regelt die nachstationären Angelegenheiten im Sinne der Patienten und Angehörigen.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Ergotherapeuten unseres "Team Therapie" unterstützen insbesondere Patienten, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind, mit dem Ziel, sie in der Durchführung dieser Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken.

MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Wir unterstützen unsere Patienten sowohl über einen definierten Zeitraum als auch quer zu bestehenden Grenzen von Einrichtungen, Dienstleistungen, Ämtern und Zuständigkeiten geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert.
MP18	Fußreflexzonenmassage	Bei der Massagetechnik werden bestimmte Bereiche an der Fußsohle massiert. Dies dient zur Verbesserung der Durchblutung und bezieht sich auf eine wechselseitige Beziehung zum Gesamtsystem des Körpers, auf die durch bestimmte Massagetechniken positiv Einfluss genommen werden kann.
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Ein problemlösender Ansatz in der Befundaufnahme und Behandlung Erwachsener und Kinder mit neurologischen Erkrankungen. Die Bobath-Therapie ist hier ein probates Mittel, diesen therapeutischen Ansatz zu verfolgen und positiv zu unterstützen.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Zu allen Fragen rund um die Ernährung steht am Klinikum Fürth ein interprofessionelles Ernährungsteam für alle Patienten zur Verfügung. Besondere Kompetenzen bestehen in der Betreuung von Patienten mit Ernährungssonden und bei der Organisation der ambulanten Weiterversorgung.
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	
MP53	Aromapflege/-therapie	Speziell geschulte Aromatherapeutinnen im Bereich der Geburtshilfe wenden ätherische Öle in erster Linie zur Steigerung Ihres Wohlbefindens, z.B. im Rahmen der Geburtsvorbereitung an.
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	In individuell zugeschnitten Beratungen werden unter anderem folgende Inhalte angeboten: Stoma und Wundversorgung, Diabetesberatung und Ernährungstherapie für Kinder und Erwachsene, Adipositaschulung für Kinder und Jugendliche, Asthmaschulung für alle Altersgruppen.

MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	In diesem Bereich bietet das Klinikum für die Öffentlichkeit zugängliche Reihen im Rahmen "Pflegerische Angehörige- aktiv pflegen zu Hause" zu festen Themenfeldern der Pflege.
MP63	Sozialdienst	Bei allen persönlichen Belangen, die sich während Ihres Klinikaufenthaltes ergeben, bietet Ihnen unser Sozialdienst tatkräftige Hilfestellung an - ein Angebot, das auch für Ihre Angehörigen gilt.
MP37	Schmerztherapie/-management	In unserer Schmerztherapeutischen Tagesklinik steht ein multiprofessionelles Team aus Ärzten für Schmerztherapie, Psychologinnen, Physiotherapeutinnen sowie einer Gesundheits- und einer Entspannungspädagogin zur Verfügung.
MP36	Säuglingspflegekurse	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/ Wirbelsäulengymnastik	In der Rückenschule werden Übungen zur Verminderung und Vorbeugung von Rückenschmerzen durchgeführt. Ziel ist es, die relevanten Muskelgruppen zu stärken und so die Wirbelsäule zu entlasten, da die Muskulatur mit zunehmendem Verschleiß als Stütze der Wirbelsäule immer wichtiger wird.
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Neben der Physiotherapie im Rahmen eines Aufenthalts im Klinikum Fürth bieten wir auch ambulante Leistungen an. So lässt sich etwa eine stationär begonnene Behandlung ambulant fortführen.
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	Angebote zur Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF) bieten unseren Patienten eine dreidimensionale physiotherapeutische/ergotherapeutische und logopädische Behandlungsmethode auf höchstem Niveau
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/ Phytotherapie	

MP26	Medizinische Fußpflege	Die Maßnahmen von Podologen sind vielfältig und ergeben sich aus den Gebieten der Inneren Medizin (Diabetologie), Dermatologie, Chirurgie und Orthopädie. Sie umfassen präventive und kurative therapeutische Maßnahmen rund um den Fuß.
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manuelle Therapie	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Therapie/Bibliotherapie	
MP25	Massage	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Auch nach dem Klinikaufenthalt wollen wir unsere Patienten gut betreut wissen. Daher halten wir engen Kontakt zu den verschiedensten Selbsthilfegruppen und Beratungsorganisationen. Über das SOKO-Netzwerk stehen wir in Kontakt zu einer Vielzahl von Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen.
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Hier pflegt das Klinikum Fürth im Bereich der Heim- und Pflegedienstleitungen einen Austausch zu verschiedenen Themen mit der Pflegedirektion des Hauses. Zwei mal pro Jahr finden dazu Treffen im Klinikum Fürth statt, in denen man sich lösungsorientiert auf Problemfelder zubewegt.
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Als Patient am Klinikum Fürth steht Ihnen die gesamte Vielfalt modernster medizinischer Hilfsmittel zur Verfügung, die es ermöglicht, alle Individualitäten zu berücksichtigen. Durch eine enge Kooperation mit Sanitätshäusern vor Ort werden alle Leistungen auch bei Ihnen "am Bett" angeboten.
MP45	Stomatherapie/-beratung	Sollten Sie direkt oder indirekt von einem künstlichen Darmausgang, auch Stoma genannt, betroffen sein, entstehen oftmals Fragen und Unsicherheiten bzgl. der Betreuung und Versorgung. Unsere speziell qualifizierten Stomatherapeutinnen beraten und unterstützen Sie individuell bei allen Fragen.

MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	Gerade die ersten Tage nach einer Entbindung bedürfen lediglich weniger sanfter Übungen, um Ihren Körper wieder langsam an regelmäßige Anstrengungen zu gewöhnen. Wir bieten Ihnen hierzu professionelle Unterstützung und Anleitung am Bett.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Sämtliche speziellen Methoden von Wärme- und Kälteanwendungen stehen unseren Patienten nach ärztlicher Indikation durch das "Team Therapie" zur Verfügung.
MP51	Wundmanagement	Das Team im Wundmanagement besteht aus Chirurgen, Internisten, Diabetologen und pflegerischen Wundexperten und bietet das gesamte Spektrum der modernen Wundbehandlung sowie die Weiterbetreuung durch ambulante Versorger. Besondere Expertise besteht im Bereich der Vakuumtherapie.
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Im Bereich der Geriatrie und Geriatrischen Rehabilitation sind am Klinikum Fürth Betreuungsassistenten gem. SGB XI eingesetzt. Sie untermauern mit speziellen Programmen der Betreuung demenziell erkrankter Patienten die Pflegekonzepte in diesem Bereich.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP43	Stillberatung	Unsere Still- und Laktationsberaterinnen bieten jungen Müttern vielfache Unterstützung, gerade für die besondere Lebensphase nach der Geburt eines Kindes.
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	

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

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung			
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer		<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Wahlleistungen.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Wahlleistungen.php</a>	In Wahlleistungszi mmern
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 1,50€ Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,12€ Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,14€	<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Zimmer.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Zimmer.php</a>	Als Patient können Sie sich ihr eigenes Telefon direkt am Bett freischalten lassen. Sie benötigen lediglich eine Telefonkarte, die Sie an der Information erhalten. Diese Karte können Sie dann an dem entsprechenden Automaten mit Ihrem gewünschten Betrag aufladen.
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum		<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Zimmer.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Zimmer.php</a>	Im Gemeinschaftsraum können sich unsere Patienten in Ruhe mit ihren Angehörigen treffen und gemeinsam einen Kaffee trinken. Zusätzlich stellt der Gemeinschaftsraum einen Treffpunkt für alle Patienten im Bereich der Station dar.

NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00€	<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Zimmer.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Zimmer.php</a>	Alle Patientenzimmer sind mit kostenlosen Radio- und TV-Geräten ausgestattet (Ausnahme: Klinik für Kinder und Jugendliche).
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0,00€	<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Zimmer.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Zimmer.php</a>	Kostenloser Radio- und Fernsehempfang an jedem Bett.
NM02	Ein-Bett-Zimmer		<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Zimmer.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Zimmer.php</a>	Den Patienten stehen großzügige und sonnendurchflutete Zimmer mit Außenbalkon zur Verfügung. Alle Ein-Bett-Zimmer verfügen über ein eigenes Bad mit WC, Telefon am Bett, Radio und Fernsehgerät sowie einen Kühlschrank und bieten einen gehobenen Komfort.
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Zimmer.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Zimmer.php</a>	Alle Patientenzimmer verfügen über eigene Bäder sind mit Dusche, WC und Waschbecken.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Zimmer.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Zimmer.php</a>	Alle Patientenzimmer verfügen über eigene Bäder und sind mit Dusche, WC und Waschbecken.

NM05	Mutter-Kind-Zimmer		<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Frauenklinik/Schwerpunkte/Geburtshilfe/Wochenstation.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Frauenklinik/Schwerpunkte/Geburtshilfe/Wochenstation.php</a>	Von Anfang mit Ihrem Kind in einem Zimmer, bei uns kein Problem.
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Zimmer.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Zimmer.php</a>	Auf Wunsch bzw. entsprechender vertraglicher Gewährleistung stellt das Klinikum Ihnen kostenpflichtig ein Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle zur Verfügung.
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0€	<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Wahlleistungen.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Wahlleistungen.php</a>	Nur bei Inanspruchnahme "Wahlleistung" verfügbar
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Soziale_Dienste/Selbsthilfegruppen.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Soziale_Dienste/Selbsthilfegruppen.php</a>	Über das SOKO-Netzwerk besteht ein umfassendes Netzwerk zu Selbsthilfegruppen und Beratungsorganisationen für Patienten. Selbsthilfegruppen unterstützen betroffene Patienten, weil sie täglich Gleiches oder Ähnliches erfahren.

NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Wahlleistungen.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Wahlleistungen.php</a>	Das Klinikum Fürth bietet allen Patienten als Komfort- und Serviceleistung die Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson an.
NM42	Seelsorge		<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Soziale_Dienste/Seelsorge.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Soziale_Dienste/Seelsorge.php</a>	Die Seelsorge des Klinikum Fürth bietet für beide christlichen Konfessionen die Möglichkeit der Betreuung. Doch nicht nur den Patienten unseres Klinikums, sondern auch für deren Angehörige und unseren Mitarbeitern stehen die Türen der Seelsorge immer offen.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen		<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Schulungen/">http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Schulungen/</a>	Regelmäßige Fortbildungen und Schulungen für Patienten und Angehörige rund um das Thema Gesundheit.

NM65	Hotelleistungen		<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Wahlleistungen.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Wahlleistungen.php</a>	<p>Angebot von Wunschkost; in den Wahlleitungsberreichen Föhn und Bademantel im Bad; gesondert Frottee Handtücher; besondere Bettwäsche; Külschrank und Tresor im Zimmer; Nachmittags Kaffee &amp; Kuchen; kostenlose Zeitungen; Frühstücksbuffet</p>
NM07	Rooming-in		<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Frauenklinik/Schwerpunkte/Geburtshilfe/Wochenstation.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Frauenklinik/Schwerpunkte/Geburtshilfe/Wochenstation.php</a>	<p>Von Anfang mit Ihrem Kind in einem Zimmer, bei uns kein Problem. Auch der Vater und die Geschwisterkinder sind herzlich willkommen.</p>
NM67	Andachtsraum		<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Soziale_Dienste/Kapelle.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Soziale_Dienste/Kapelle.php</a>	<p>Im Klinikum Fürth finden Sie mit unserer Kapelle einen stillen Rückzugsort, der jederzeit für Sie barrierefrei zugänglich ist. Angehörige anderer Religionen haben in unserer Kapelle ebenfalls die Gelegenheit, ihrem Glauben in einem Andachtsraum nachzugehen.</p>

<p>NM64</p>	<p>Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet</p>		<p><a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Kindler_Jugendklinik/Weiterer_Informationen/Bunter_Kreis.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Kindler_Jugendklinik/Weiterer_Informationen/Bunter_Kreis.php</a></p>	<p>Während eines stationären Aufenthaltes von Kinder und Jugendlichen am Klinikum wird diesen im Rahmen des Projektes "Schule für Kranke" ein entsprechendes Angebot unterbreitet. Zusätzlich unterstützt der "Bunte Kreis" Familien und Kinder nach ihrem Aufenthalt am Klinikum, auch im schulischem Umfeld.</p>
<p>NM40</p>	<p>Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen</p>		<p><a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Soziale_Dienste/Lila_Dienste.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Soziale_Dienste/Lila_Dienste.php</a></p>	<p>Unsere „Lila Dienste“ unterstützen unsere Patienten von Anfang an, um Ihnen den Aufenthalt im Klinikum so angenehm wie möglich zu machen. Durch ihre Arbeit schaffen die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine familiäre Atmosphäre.</p>

NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: vegetarische Kost/ Vegan kulturell bedingte Speisevorschriften (z.B. kosher oder halal)	<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Kueche_Cafeteria.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Kueche_Cafeteria.php</a>	Das Ernährungsteam und die Diätassistenten beraten die Patienten in Bezug auf ihre Essgewohnheiten bzw. erstellen individuelle Ernährungspläne für den einzelnen Patienten.
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde maximal: 1,00€ Kosten pro Tag maximal: 6,00€	<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Anfahrt_Parken.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Anfahrt_Parken.php</a>	Das Klinikum verfügt über ein eigenes Parkhaus. Zusätzlich gibt es unmittelbar vor den Notaufnahmen und vor dem Haupteingang Besucherparkplätze.
NM63	Schule im Krankenhaus		<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Kindergarten/Jugendklinik/Weitere_Informationen/Unterst%C3%BCtzende_Fachbereiche.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Kindergarten/Jugendklinik/Weitere_Informationen/Unterst%C3%BCtzende_Fachbereiche.php</a>	Patienten der Kinderklinik werden durch die Staatliche Schule für Kranke kostenfrei unterrichtet. Der Unterricht findet – je nach Gesundheitszustand – entweder am Krankenbett oder im Schulzimmer als Einzelunterricht oder in Kleingruppen von zwei bis drei Schülern statt.

NM36	Schwimmbad/Bewegungsbad		<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Spezialbereiche/Physikalische_Therapie/Schwerpunkte.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Spezialbereiche/Physikalische_Therapie/Schwerpunkte.php</a>	Die Behandlungstherapie aus dem Bereich der Hydrotherapie nutzt die Auftriebskraft, gekoppelt mit den geringeren Reibungswiderständen im Wasser, und nutzt diese zur Verbesserung der Beweglichkeit bei orthopädischen und traumatischen Erkrankungen.
NM68	Abschiedsraum			

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

[http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten\\_Besucher/Zimmer.php](http://www.klinikum-fuerth.de/Patienten_Besucher/Zimmer.php)

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische	Vorhanden
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	Werden bei Bedarf individuell bestellt und angepaßt bzw. zur Verfügung gestellt.
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	Vorhanden
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Röntgenuntersuchungen können in der eigenen Radiologie auch für Patienten bis ca. 300 kg angeboten werden, da entsprechende Untersuchungstische vorhanden sind.
BF24	Diätetische Angebote	Ein kompetentes Team steht stets zur Verfügung um entsprechende Beratungsangebote zu unterbreiten.
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung	Vorhanden
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin	Ausgebildete Mitarbeiter stehen stets zur Verfügung.
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	Vorhanden
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	Vorhanden
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter	Entsprechende Hilfsmittel für übergewichtige Patienten sind stets vorhanden und können zeitnah zur Verfügung gestellt werden.
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	Sind in allen relevanten Bereichen stets vorhanden.

BF25	Dolmetscherdienst	Für alle gängigen Sprachen werden entsprechende Dolmetscher im Haus vorgehalten. Zusätzlich bestehen Kooperationen zu externen Dienstleistern, die bei Bedarf hinzugezogen werden können.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Vorhanden
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	Alle Bereiche des Klinikums sind für Patienten und deren Angehörige barrierefrei zugänglich.
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	Vorhanden
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	Vorhanden
BF05	Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	In öffentlich zugänglichen Bereichen vorhanden.
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches	
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF30	Mehrsprachige Internetseite	
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden	

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	Beschäftigte des Klinikums sind als Dozenten bzw. als Lehrbeauftragte in den umliegenden Fachhochschulen in der Lehre fest eingebunden.
FL09	Doktorandenbetreuung	Doktoranden werden bei Ihren wissenschaftlichen Arbeiten engmaschig und persönlich durch die habilitierten Ärzte am Klinikum Fürth betreut.
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Das Klinikum Fürth ist akademisches Lehrkrankenhaus der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg. Die Ausbildung der Studierenden erfolgt durch habilitierte Ärzte der Fachabteilungen am Klinikum Fürth.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	In gemeinsamen Projekten und Studien erfolgt strukturiert und regelhaft eine Zusammenarbeit mit den umliegenden Hochschulen und Universitäten. Gleichzeitig finden gemeinsame Projekte mit dem Bay. Staatsministerium für Wirtschaft und Medien bzw. mit dem Bundesministerium für Gesundheit statt.
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses hat für das Klinikum Fürth einen hohen Stellenwert. Entsprechend haben während Famulaturen und Praktischem Jahr die Lehre sowie die Teilnahme an Visiten oberste Priorität. Jedem Studenten steht außerdem ein Tutor zur Seite.
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	Das Klinikum Fürth ist auch an der Durchführung multizentrischer Phase I / II Studien beteiligt. Den überwiegenden Anteil machen aber die von Fachgesellschaften empfohlenen Phase-III / IV-Studien aus.
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	Das Klinikum Fürth beteiligt sich umfassend an klinischen Studien. Dies sind überwiegend von Fachgesellschaften empfohlene Phase-III Studien. Solche Studien haben bereits mehrere Testphasen durchlaufen, in welchen ihre Sinnhaftigkeit bereits erfolgreich bewiesen wurde.

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

[http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken\\_Zentren/Kliniken\\_Abteilungen/Zentrale\\_Notaufnahme/Weitere\\_Informationen/Studienpartner\\_Kooperationen.php](http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Zentrale_Notaufnahme/Weitere_Informationen/Studienpartner_Kooperationen.php)

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)	Die OTA-Ausbildung qualifiziert direkt für die Mitarbeit in diesem Operationsteam, indem Sie das hierfür notwendige organisatorische, technische und pflegerische Fachwissen bündelt. Die Ausbildung ist nach den Richtlinien der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) anerkannt.
HB17	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin	Jährlich startende Kurse bieten die Ausbildung zur Krankenpflegehilfe in 600 Stunden Theorie und 1000 Stunden praktischer Ausbildung am Klinikum Fürth an.
HB10	Entbindungspfleger und Hebamme	Wird als Ausbildungsberuf nicht angeboten.
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	Jährlich startende Kurse bieten die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege in 2100 Stunden Theorie und 2500 Stunden praktischer Ausbildung am Klinikum Fürth an.
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin	Jährlich startende Kurse bieten die Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in 2100 Stunden Theorie und 2500 Stunden praktischer Ausbildung am Klinikum Fürth an.

### A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten	
Betten	748

### A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	41212
Teilstationäre Fallzahl	376
Ambulante Fallzahl	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 276,98

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	276,98	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	276,98	
Nicht Direkt	0	

#### Davon Fachärzte/innen insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 125,11

Kommentar: Eine Facharztquote von mehr als 50% unterstreicht das hohe fachliche Niveau der medizinischen Leistungen am Klinikum Fürth.

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	125,11	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	125,11	
Nicht Direkt	0	

**Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) ohne Fachabteilungszuordnung**

Anzahl Vollkräfte: 2

Kommentar: Sowohl im Medizin-Controlling als auch in der Stabstelle Qualitätsmanagement sind erfahrene Fachärzte eng in die organisationsrelevanten klinischen Abläufe eingebunden.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

**Davon Fachärzte/innen ohne Fachabteilungszuordnung**

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 15

Kommentar: Belegärztlich wird die Fachabteilung für Augenheilkunde sowie die Abteilung für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde am Klinikum Fürth betreut.

**A-11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 535,39

Kommentar: Nach einer dreijährigen Ausbildung und erfolgreichem Ablegen einer staatlichen Prüfung übernehmen unsere Gesundheits- und Krankenpfleger eigenständig die Pflege, Beobachtung, Betreuung und Beratung von Patienten und Pflegebedürftigen während der stationären Therapie.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	535,39	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	535,39	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Gesundheits- und Kinderkrankenschwester(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 61,29

Kommentar: Nach einer dreijährigen Ausbildung und erfolgreichem Ablegen einer staatlichen Prüfung übernehmen unsere Gesundheits- und Kinderkrankenschwester eigenständig die Pflege, Beobachtung, Betreuung und Beratung von Patienten und Pflegebedürftigen während der stationären Therapie.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	61,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	44,56	
Nicht Direkt	16,73	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 206,2

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	206,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	206,2	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Entbindungspfleger und Hebammen**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 14,38

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,38	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,38	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Operationstechnische Assistenten(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 9

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Medizinische Fachangestellte**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal insgesamt**

Anzahl Vollkräfte: 21,46

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,46	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,46	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

**Diplom-Psychologen(innen)**

Anzahl Vollkräfte: 2,5

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,5	
Nicht Direkt	0	

#### Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten(innen)

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

#### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

##### SP04 - Diätassistent und Diätassistentin

Anzahl Vollkräfte: 5,85

Kommentar: Am Klinikum Fürth arbeiten Ernährungsmediziner, Diätassistenten, Diabetologen, und Ökotrophologen im Ernährungsteam zusammen und gewährleisten neben der Betreuung von Patienten mit Ernährungsproblemen die Betreuung von Patienten mit Ernährungs sonden oder parenteralem Ernährungsbedarf.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,85	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,85	
Nicht Direkt	0	

### SP05 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 6,5

Kommentar: Im "Team Therapie" arbeiten Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeuten, Masseur/ -innen und Medizinische Bademeister/ -innen unter ärztlicher Leitung zusammen und stehen fachübergreifend allen Patienten und Abteilungen des Klinikums Fürth zur Verfügung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,5	
Nicht Direkt	0	

### SP06 - Erzieher und Erzieherin

Anzahl Vollkräfte: 3,2

Kommentar: In der Klinik für Kinder und Jugendliche sind staatlich anerkannte Erzieherinnen eng in die Betreuung der Patienten während der stationären Behandlung eingebunden und gewährleisten insbesondere im

Rahmen längerfristiger Aufenthalte kompetente pädagogische und psychologische Unterstützung.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,2	
Nicht Direkt	0	

**SP54 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin**

Anzahl Vollkräfte: 2,13

Kommentar: Unsere Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind eng in die Behandlung von Kinder und Jugendlichen mit seelischen und psychische Störungen in unserer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Tagesklinik und im Bereich Psychosomatik der Kinderklinik eingebunden.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,13	
Nicht Direkt	0	

**SP57 - Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin**

Anzahl Vollkräfte: 1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

**SP14 - Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin**

Anzahl Vollkräfte: 3,2

Kommentar: Insbesondere bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen im Kindes- und Erwachsenenalter leisten unsere Logopäden einen wertvollen Anteil an der Akuttherapie und im Bereich der Rehabilitation, wenn die Behandlung von Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen oder Schluckstörungen erforderlich ist.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,2	
Nicht Direkt	0	

**SP15 - Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin**

Anzahl Vollkräfte: 7

Kommentar: Im "Team Therapie" arbeiten Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeuten, Masseur/ -innen und Medizinische Bademeister/ -innen unter ärztlicher Leitung zusammen und stehen fachübergreifend allen Patienten und Abteilungen des Klinikums Fürth zur Verfügung.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7	
Nicht Direkt	0	

**SP55 - Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)**

Anzahl Vollkräfte: 22

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22	
Nicht Direkt	0	

**SP56 - Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)**

Anzahl Vollkräfte: 19,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,2	
Nicht Direkt	0	

**SP16 - Musiktherapeut und Musiktherapeutin**

Anzahl Vollkräfte: 0,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,2	
Nicht Direkt	0	

**SP20 - Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin**

Anzahl Vollkräfte: 9,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,9	
Nicht Direkt	0	

**SP35 - Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin**

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

**SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement**

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

**SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie**

Anzahl Vollkräfte: 7,7

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,7	
Nicht Direkt	0	

**SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie**

Anzahl Vollkräfte: 2

Kommentar: Speziell qualifizierten Stomatherapeuten stehen unseren Patienten und Angehörigen bei allen Fragen zum Umgang mit einem künstlichen Darm- oder Blasenausgang von Anfang an mit individueller Beratung und praktischer Unterstützung zur Verfügung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

**SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta**

Anzahl Vollkräfte: 9,4

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,4	
Nicht Direkt	0	

**SP21 - Physiotherapeut und Physiotherapeutin**

Anzahl Vollkräfte: 23,3

Kommentar: Im "Team Therapie" arbeiten Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeuten, Masseur/ -innen und Medizinische Bademeister/ -innen unter ärztlicher Leitung zusammen und stehen fachübergreifend allen Patienten und Abteilungen des Klinikums Fürth zur Verfügung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	23,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	23,3	
Nicht Direkt	0	

### SP22 - Podologe und Podologin (Fußpfleger und Fußpflegerin)

Anzahl Vollkräfte: 1

Kommentar: Eine Schwerpunkttätigkeit unserer Podologen stellt die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms dar. Hierzu erfolgt eine regelmäßige Einbindung über die Diabetes-Sprechstunde sowie in die täglichen Schulungen für Patienten mit Diabetes mellitus.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

### SP24 - Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 3

Kommentar: Neben stützenden Gesprächen in Krisensituationen erfolgt durch unsere Psychologen auch eine Hilfestellung bei der Krankheitsbewältigung für Patienten und Angehörige inklusive einer eventuell gewünschten

Vermittlung weiterführender psychotherapeutischer oder psychosozialer Angebote.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

**SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin**

Anzahl Vollkräfte: 2,8

Kommentar: Im Team unseres Sozialdienstes stehen Ihnen Sozialpädagogen und Sozialarbeiter während der gesamten Behandlung zur Beratung in sozialrechtlichen Fragen, zur Vermittlung und Organisation von Rehabilitationsmaßnahmen und im Rahmen der Überleitung in nachsorgende Einrichtungen zur Verfügung.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,8	
Nicht Direkt	0	

### SP26 - Sozialpädagoge und Sozialpädagogin

Anzahl Vollkräfte: 2

Kommentar: Im Team unseres Sozialdienstes stehen Ihnen Sozialpädagogen und Sozialarbeiter während der gesamten Behandlung zur Beratung in sozialrechtlichen Fragen, zur Vermittlung und Organisation von Rehabilitationsmaßnahmen und im Rahmen der Überleitung in nachsorgende Einrichtungen zur Verfügung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	
<b>Funktion</b>	Qualitätsmanagementbeauftragter Arzt
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. med. Felix Große
<b>Telefon</b>	0911/7580-1044
<b>Fax</b>	0911/7580-1049
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:felix.grosse@klinikum-fuerth.de">felix.grosse@klinikum-fuerth.de</a>

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

[http://www.klinikum-fuerth.de/Ueber\\_uns/Qualitaet/](http://www.klinikum-fuerth.de/Ueber_uns/Qualitaet/)

## A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
<b>Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche</b>	QM-Lenkungsgremium Vorstand Medizinischer Direktor Operative Bereiche Medizinischer Direktor Nicht-Medizinische Bereiche Kaufmännische Leitung Personalleitung Zentrenkoordinatorin Qualitätsmanagement-Beauftragte (Stabstelle QM) Personalratsvorsitzende
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	monatlich

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
<b>Angaben zur Person</b>	Eigenständige Position für Risikomanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
<b>Funktion</b>	Compliance- und Risikomanagement
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Hr. Guido Böhm
<b>Telefon</b>	0911/7580-1044
<b>Fax</b>	0911/7580-1009
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:guido.boehm@klinikum-fuerth.de">guido.boehm@klinikum-fuerth.de</a>

**A-12.2.2 Lenkungs-gremium**

<b>Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe</b>	
<b>Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe</b>	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
<b>Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich</b>	QM-Lenkungs-gremium Vorstand Medizinischer Direktor Operative Bereiche Medizinischer Direktor Nicht-Medizinische Bereiche Kaufmännische Leitung Personalleitung Zentrenkoordinatorin Qualitätsmanagement-Beauftragte (Stabstelle QM) Personalratsvorsitzende
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	monatlich

**A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen**

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Elektronisches QM-Portal Klinikum Fürth Datum: 15.04.2015	Sämtliche organisationsrelevanten Dokumente sind in einem intranetbasierten Dokumentenmanagementsystem abgelegt und systematisch gelenkt. Ein Zugriff ist allen Mitarbeitern jederzeit möglich.
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Angebot von regelmässigen Schulungen aus dem Themengebiet des Qualitätsmanagement für alle Beschäftigten des Klinikum sowie Basis-, Aufbau- und Erhaltungsqualifizierungen für die vorhandenen Qualitätsberater in den Abteilungen.
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Durchführung von strukturierten und umfangreichen Mitarbeiterbefragungen mit direkter Vorgesetztenbeurteilung unter enger Einbindung der Personalvertretung.

RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Vorhalten eines hausweit standardisiertem und strukturierten Notfallmanagements mit einheitlicher Rufnummer und einem speziell qualifizierten Notfallteam.
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Standardisiertes und valides Vorgehen bei auftreten von Schmerzen, incl. einer individuellen Beratung und Behandlung durch das Schmerzteam.
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Die Etablierung des nationalen Sturzstandard in der Pflege befindet sich in der Umsetzung und wird konsequent verfolgt und nachgehalten.
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Umsetzung des Nationalen Expertenstandards in der Pflege in Bezug auf den Umgang mit Dekubitus und deren Vermeidung.

RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Strukturierte Vorgehensweise - unter Einbindung von nachgeschalteten Behörden und Ämtern - sind seit langem am Klinikum etabliert und standardisiert.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Strukturierte Vorgehensweise bei (vermeintlichen) Fehlfunktionen unter sofortiger Einbeziehung der Medizintechnik am Klinikum.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel	Regelmässige und strukturierte Besprechungen zur Verbesserung der Behandlungsqualität in den dafür notwendigen Bereichen.

RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Klare Standards zur sicheren Medikamentengabe sind am Klinikum etabliert. Zusätzliche Verbesserungen potential werden z.B. durch gemeinsame Projekte mit dem Bundesministerium für Gesundheit am Klinikum erforscht und zur Verbesserung der Patientenmedikation mit entwickelt.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Sämtliche Aufklärungsbögen des DIOMED-Verlags stehen elektronisch und größtenteils mehrsprachig zur Verfügung und werden jedem Patienten ausgehändigt.
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		In Anlehnung an die WHO - Checklisten werden standardisierten Checklisten bei allen operativen Patienten stets mit herangezogen.
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteten Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	WHO-Checkliste

RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Sofortige Einbindung aller vom Patienten vorhandene Dokumente in der elektronischen Krankenakte ermöglichen stets die vollständige Präsentation aller Befunde.
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Klare und standardisierte Vorgaben bzw. Checklisten zur Vorbereitung des Patienten im Vorfeld der OP und beim Einschleusen in den OP gewährleisten den größtmöglichen Schutz des Patienten.
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Speziell ausgebildetes Personal im Aufwachraum gewährleisten die bestmögliche Versorgung von Patienten nach dem operativen Eingriff.

RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)	Das Entlassmanagement des Klinikums basiert auf einer ganzheitlichen Sichtweise, inhaltlich definierten Qualitätsstandards und berufsethischen Prinzipien. Dabei werden individuelle Lebenssituationen ebenso berücksichtigt wie die sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen.
------	-----------------------	---	--

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

<b>Internes Fehlermeldesystem</b>	
<b>Internes Fehlermeldesystem</b>	Ja
<b>Regelmäßige Bewertung</b>	Ja
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	monatlich
<b>Verbesserung Patientensicherheit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vollständige Umsetzung der WHO-Checkliste für sichere Operationen</li> <li>- Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit</li> <li>- Reorganisation des Zugangskonzeptes zum OP-Bereich in Notfallsituationen</li> </ul>

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	11.09.2013
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	quartalsweise

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

Nr.	Instrument und Maßnahme
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
EF02	CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
EF08	CIRS Notfallmedizin (Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin, Klinikum Kempten)
EF10	CIRS der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
EF12	„Jeder Fehler zählt“ (Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt)

**A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte**

**A-12.3.1 Hygienepersonal**

<b>Hygienepersonal</b>	<b>Anzahl (Personen)</b>	<b>Kommentar</b>
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	2	Patientensicherheit hat höchste Priorität am Klinikum Fürth. Im Bereich der Hygiene ist hierzu ein umfangreiches Hygienemanagement etabliert, um den Gefahren einer Infektion für unsere Patientinnen und Patienten wirksam zu begegnen.
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	14	In jeder Fachabteilung stehen speziell qualifizierte hygienebeauftragte Ärzte zur Verfügung und überwachen die Einhaltung unserer hohen Hygienestandards.
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	3	In der Abteilung für Krankenhaustygiene arbeiten Hygienefachkräfte, hygienebeauftragte Ärzte und mikrobiologische Laboratorien eng zusammen. Zusätzlich findet eine Beratung durch einen Facharzt für Krankenhaustygiene statt.
Hygienebeauftragte in der Pflege	16	In jeder Fachabteilung stehen speziell qualifizierte hygienebeauftragte Pflegekräfte zur Verfügung und überwachen die Einhaltung unserer hohen Hygienestandards.

<b>Hygienekommission</b>	
<b>Hygienekommission eingesetzt</b>	Ja
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	quartalsweise

<b>Hygienekommission Vorsitzender</b>	
<b>Funktion</b>	Medizinischer Direktor
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. med. Evangelos Tsekos
<b>Telefon</b>	0911/7580-1003
<b>Fax</b>	0911/7580-1891
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:hygiene@klinikum-fuerth.de">hygiene@klinikum-fuerth.de</a>

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

<b>1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage</b>	
<b>Der Standard liegt vor</b>	Ja
<b>Der Standard thematisiert insbesondere</b>	
<b>a) Hygienische Händedesinfektion</b>	Ja
<b>b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle</b>	Ja
<b>c) Beachtung der Einwirkzeit</b>	Ja
<b>d) Weitere Hygienemaßnahmen</b>	
<b>- sterile Handschuhe</b>	Ja
<b>- steriler Kittel</b>	Ja
<b>- Kopfhaube</b>	Ja
<b>- Mund-Nasen-Schutz</b>	Ja
<b>- steriles Abdecktuch</b>	Ja
<b>Standard durch Geschäftsführung/Hygiene kom. autorisiert</b>	Ja

<b>2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern</b>	
<b>Der Standard liegt vor</b>	Ja
<b>Standard durch Geschäftsführung/Hygiene kom. autorisiert</b>	Ja

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

<b>Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie</b>	
Die Leitlinie liegt vor	Ja
Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

<b>Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe</b>	
Der Standard liegt vor	Ja
<b>1. Der Standard thematisiert insbesondere</b>	
a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe	Ja
b) Zu verwendende Antibiotika	Ja
c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe	Ja
<b>2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert</b>	Ja
<b>3. Antibiotikaprofylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft</b>	Ja

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

### Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

<b>Der Standard liegt vor</b>	Ja
<b>Der interne Standard thematisiert insbesondere</b>	
<b>a) Hygienische Händedesinfektion</b>	Ja
<b>b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen</b>	Ja
<b>c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden</b>	Ja
<b>d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage</b>	Ja
<b>e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion</b>	Ja
<b>Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert</b>	Ja

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

### Händedesinfektionsmittelverbrauch

<b>Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben</b>	Ja
<b>Händedesinfektionsmittelverbrauch</b>	
<b>- auf allen Intensivstationen</b>	163,00 ml/Patiententag
<b>- auf allen Allgeminstationen</b>	47,00 ml/Patiententag
<b>Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs</b>	Ja

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

#### MRSA

<b>Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke</b>	Ja
<b>Informationsmanagement für MRSA liegt vor</b>	Ja

#### Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

<b>Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)</b>	Ja
--	----

#### Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang

<b>Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren</b>	Ja
--	----

**A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement**

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS ITS-KISS NEO-KISS OP-KISS	Die Daten werden durch entsprechend geschultes Personal gemeinsam mit den Mitarbeitern aus der Hygieneabteilung strukturiert erhoben und ausgewertet. Die Ergebnisse werden den Abteilungen zur Verfügung gestellt und sind Gegenstand der Hygienekommissionssitzung.
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Silber	Freiwillige Teilnahme an der "Aktion Saubere Hände" ist am Klinikum selbstverständlich. In jährlich stattfindenden öffentlichen Veranstaltungen werden Mitarbeiter, aber auch Besucher und Patienten zu dem Thema Hygiene sensibilisiert und aufgeklärt.
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		Strukturierte und valide Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten wird in enger Zusammenarbeit mit der Hygieneabteilung und allen kooptierten Abteilungen und Behörden stets nachgehalten und überprüft.

HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Besonders geschulte Hygienebeauftragte Mitarbeiter sind in allen relevanten Bereichen vorhanden. Diese tauschen sich mit der Hygieneabteilung des Klinikums aus und arbeiten eng mit dieser zusammen. Basis- und Erhaltungsqualifikationen werden strukturiert angeboten.
------	---	--	---

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

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Das Klinikum Fürth legt großen Wert darauf, dass Sie mit der Betreuung und Behandlung während Ihres Aufenthalts zufrieden sind. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leisten dazu gewissenhaft ihren Beitrag.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Das zentrale Beschwerdemanagement ist beim Vorstand angesiedelt. Dort gehen sowohl schriftliche als auch mündliche Beschwerden ein, die entsprechend erfasst, ausgewertet, bearbeitet und beantwortet werden.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Mündliche Beschwerden werden vor Ort, in der Regel durch den Abteilungsleiter, aufgenommen und nach Möglichkeit sofort in beidseitigem Einvernehmen geklärt. Zusätzlich stehen Patientenfürsprecher jederzeit zur Verfügung um auch hier entsprechend die Beschwerde entgegen nehmen zu können bzw. deren Inhalt zu bearbeiten.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Schriftliche Beschwerden werden zentral vom Beschwerdemanagement erfasst und umgehend an die betroffenen Personen / Abteilungen weitergeleitet mit der Bitte um Behandlung. Gleichzeitig werden automatisch die Patientenfürsprecher mit eingeschaltet zur Klärung der Beschwerde. Beschwerdeführer erhalten umgehend eine Eingangsbestätigung und ein Zeitziel bis zur Klärung des Sachverhaltes.

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	Ja	Jeder Beschwerdeführer erhält schnellstmöglich - in der Regel am Tag des Beschwerdeingangs (spätestens am darauffolgenden Werktag) eine schriftliche Rückmeldung.
---	----	---

### Regelmäßige Einweiserbefragungen

<b>Durchgeführt</b>	Ja
<b>Link</b>	<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Ueber_uns/Qualitaet/">http://www.klinikum-fuerth.de/Ueber_uns/Qualitaet/</a>
<b>Kommentar</b>	In regelmässigen Abständen finden Einweiserbefragungen statt. Diese werden struktuiert erfaßt und ausgewertet. Die Ergebnisse und Veränderungen werden in den Abteilungen bearbeitet und den Einweisern - z.B. in gemeinsamen Besprechungen oder in einem Newsletter - zurückgespiegelt.

### Regelmäßige Patientenbefragungen

<b>Durchgeführt</b>	Ja
<b>Link</b>	<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Ueber_uns/Qualitaet/">http://www.klinikum-fuerth.de/Ueber_uns/Qualitaet/</a>
<b>Kommentar</b>	Systematische und hausweite Patientenbefragungen finden am Klinikum jeweils in einem 2- Jahresintervall statt. Dabei werden jeweils mindestens 10% der jährlich stationär behandelten Patienten (ca. 3500 Patienten) nach der Entlassung schriftlich zu Ihrer Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt befragt. In den zertifizierten Therapiezentren finden darüber hinaus kontinuierliche Befragungen aller Patienten statt.

### Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

<b>Möglich</b>	Ja
<b>Link</b>	<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Ueber_uns/Qualitaet/Risikomanagement/formular/lob_und_kritik.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Ueber_uns/Qualitaet/Risikomanagement/formular/lob_und_kritik.php</a>
<b>Kommentar</b>	Die schriftliche Patientenbefragung ermöglicht die anonyme Eingabemöglichkeit. Zusätzlich können Patienten und Angehörige ein Beschwerdeformular auf der Homepage des Klinikums nutzen, in dem die Angabe der Kontaktdaten ebenfalls freiwillig ist.

### Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

<b>Funktion</b>	Beschwerdebeauftragte
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Frau Carola Winkler
<b>Telefon</b>	0911/7580-1002
<b>Fax</b>	0911/7580-1009
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:lobundkritik@klinikum-fuerth.de">lobundkritik@klinikum-fuerth.de</a>

#### Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

<b>Link zum Bericht</b>	
<b>Kommentar</b>	

### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherinnen

#### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

<b>Funktion</b>	Patientenfürsprecherin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Frau Angelika Gassner
<b>Telefon</b>	0911/7580-1529
<b>Fax</b>	0911/7580-1009
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:lobundkritik@klinikum-fuerth.de">lobundkritik@klinikum-fuerth.de</a>

#### Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

<b>Funktion</b>	Patientenfürsprecherin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Frau Ulrike März
<b>Telefon</b>	0911/7580-1529
<b>Fax</b>	0911/7580-1009
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:lobundkritik@klinikum-fuerth.de">lobundkritik@klinikum-fuerth.de</a>

#### Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprechern oder Patientenfürsprecherinnen

<b>Kommentar</b>	
------------------	--

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/D SA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	Neben CPAP verfügt das Klinikum Fürth auch über BIPAP-Beatmungsgeräte.
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	- (vgl . Hinweis auf Seite 3)	
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	- (vgl . Hinweis auf Seite 3)	
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie / -unterstützung		Ja	
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	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 werden	- (vgl . Hinweis auf Seite 3)	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	

AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Verfügbarkeit von 2 CT-Geräten (24 h) im Radiologischen Institut des Klinikum Fürth. Ein CT-Gerät der neuesten Generation ermöglicht auch Untersuchungen bei schwergewichtigen Patienten (bis 270 kg).
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)	
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)	
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)	
AA18	Hochfrequenzthermoherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)	

AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	- (vgl . Hinweis auf Seite 3)	
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	- (vgl . Hinweis auf Seite 3)	

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

### B-1 Augenklinik

#### B-1.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Augenklinik"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	2700
Art	Belegabteilung

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Ärztlicher Leiter
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Thomas Will
Telefon	0911/7580-133
Fax	0911/7580-1450
E-Mail	<a href="mailto:augenklinik@klinikum-fuerth.de">augenklinik@klinikum-fuerth.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Jakob-Henle-Str. 1	90766 Fürth	<a href="https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Kliniken_Abteilungen/Augenklinik/">https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Kliniken_Abteilungen/Augenklinik/</a>

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

<http://www.osg.de/fuerth/augenabteilung-am-klinikum-fuerth>

#### B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

### B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Augenklinik

Nr.	Medizinische Leistungsangebote
VA18	Laserchirurgie des Auges
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA17	Spezialsprechstunde

### B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Augenklinik

### B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	2270
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

### B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-1.8      Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Praxis Drs. med. Ober &amp; Scharrer</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15)
<b>Kommentar</b>	Die ambulante Behandlung findet im MVZ statt.
<b>Angebotene Leistung</b>	Anpassung von Sehhilfen (VA13)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie des Glaukoms (VA07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut (VA06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler (VA10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva (VA03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse (VA05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers (VA04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita (VA02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels (VA08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn (VA09)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit (VA11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen (VA14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde (VA01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Laserchirurgie des Auges (VA18)
<b>Angebotene Leistung</b>	Plastische Chirurgie (VA15)

**B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

**B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

<b>Zulassung vorhanden</b>	
<b>Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Nein

**B-1.11 Personelle Ausstattung**

**B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Wochenarbeitszeit

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 10

Kommentar: Belegärzte am Klinikum Fürth: Prof. Dr. M. Krause, Dr. W. Ahr, Dr. S. Loebel, Prof. Dr. K. Ludwig, Dr. M. Ober, Dr. A. Scharrer, A. Seifert, Dr. U. Weißmantel

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

<b>Nr.</b>	<b>Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)</b>	<b>Kommentar</b>
AQ04	Augenheilkunde	Fachärzte für Augenheilkunde beherrschen die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation der anatomischen und funktionellen Veränderungen des Sehorgans und seiner Adnexe einschließlich der Optometrie und der plastischrekonstruktiven Operationen in der Periorbitalregion.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	Die Zusatz-Weiterbildung in der Röntgendiagnostik umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Durchführung und Befundung gebietsbezogener Röntgendiagnostik für Skelett bzw. Thorax, Verdauungs- und Gallenwege, Harntrakt und Geschlechtsorgane sowie der Mamma.

**B-1.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 18,81

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,81	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 120,68049

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 6,72

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,72	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,72	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 337,79762

**Medizinische Fachangestellte**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,54

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 4203,7037

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP18	Dekubitusmanagement

### B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

## B-2 Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

### B-2.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	3600
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Günter Glässel
Telefon	0911/7580-1281
Fax	0911/7580-1490
E-Mail	<a href="mailto:anaesthesie@klinikum-fuerth.de">anaesthesie@klinikum-fuerth.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Jakob-Henle-Straße 1	90766 Fürth	<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Anaesthesie_Intensivmedizin_Schmerztherapie/">http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Anaesthesie_Intensivmedizin_Schmerztherapie/</a>

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

[http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken\\_Zentren/Kliniken\\_Abteilungen/Anaesthesie\\_Intensivmedizin\\_Schmerztherapie/](http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Anaesthesie_Intensivmedizin_Schmerztherapie/)

### B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

**B-2.3**

**Medizinische Leistungsangebote Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VX00	Durchführung von Narkosen	Die Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin führt jährlich mehr als 13.000 Narkosen durch. Dabei kommen alle üblichen Anästhesie-Verfahren (Allgemeinanästhesie, Vollnarkose, Regional- und Lokalanästhesie, Kombinationsanästhesie, etc.) zur Anwendung.
VX00	Spezielle Schmerztherapie	Beratung und Therapie bei akuten oder chronischen Schmerzzuständen inklusive eines Schmerzkonsiliardienstes für sämtliche Fachabteilungen des Klinikums und Betrieb einer Schmerztherapeutischen Tagesklinik.
VX00	Narkoseverfahren Thoraxchirurgie	Spezielle Narkoseverfahren bei komplexen Eingriffen am Brustkorb und der Lunge
VI38	Palliativmedizin	Beteiligung von Palliativmedizinern im interdisziplinären und interprofessionellen Palliativdienst des Klinikums.

VX00	Operative Intensivmedizin	Insgesamt werden in 15 Betten jährlich knapp 900 operative Patienten betreut. Dabei kommen alle gängigen Behandlungsverfahren der Intensivmedizin inklusive Langzeitbeatmung, Nierenersatzverfahren / Dialyse und spezielle Verfahren zur künstlichen Ernährung zur Anwendung.
VX00	Narkoseverfahren bei Augenoperationen	Anästhesiologische Versorgung von Patienten während Augenoperationen
VX00	Beatmungstherapie (Invasive und Nicht-invasive Beatmungsverfahren)	

**B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie**

**B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Privatsprechstunde	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Angebotene Leistung	Sonstiges (VX00)

**B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

**B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

<b>Zulassung vorhanden</b>	
<b>Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Nein

**B-2.11 Personelle Ausstattung**

**B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

**Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 40,69

**Personal aufgeteilt nach:**

<b>Versorgungsform</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Stationär	40,69	
Ambulant	0	

<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Direkt	40,69	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

**Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 19,53

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,53	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19,53	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ23	Innere Medizin	
AQ01	Anästhesiologie	Unsere Fachärzte für Anästhesiologie beherrschen die Allgemein-, Regional- und Lokalanästhesie einschließlich deren Vor- und Nachbehandlung sowie die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während operativer und diagnostischer Eingriffe.
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF30	Palliativmedizin	Die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin umfasst die Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer inkurablen, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung, mit dem Ziel unter Einbeziehung des sozialen Umfelds die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen und sicher zu stellen.
ZF28	Notfallmedizin	Die Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin umfasst die Erkennung drohender oder eingetretener Notfallsituationen und die Behandlung von Notfällen sowie die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung akut bedrohter Vitalfunktionen.
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	Die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung und Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und einen selbstständigen Krankheitswert erlangt hat.
ZF15	Intensivmedizin	Die Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Intensivüberwachung und Intensivbehandlung von Patienten, deren Vitalfunktionen oder Organfunktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind.

## B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 45,09

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	45,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	45,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

### Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

### Operationstechnische Assistenten(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 9

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement
ZP02	Bobath
ZP18	Dekubitusmanagement

**B-2.11.3**      **Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische Fachabteilung:                  Nein

---

### B-3 Frauenklinik und Geburtshilfe (Nathanstift)

#### B-3.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Frauenklinik und Geburtshilfe (Nathanstift)"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	2400
Art	Hauptabteilung

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Volker Hanf
Telefon	0911/7580-1301
Fax	0911/7580-1886
E-Mail	<a href="mailto:silke.rehder@klinikum-fuerth.de">silke.rehder@klinikum-fuerth.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Jakob-Henle-Str. 1	90766 Fürth	<a href="https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Kliniken_Abteilungen/Frauenklinik/">https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Kliniken_Abteilungen/Frauenklinik/</a>

#### B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

**B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Frauenklinik und Geburtshilfe (Nathanstift)**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften	Für ambulante Patienten bieten wir eine große Zahl an Spezialsprechstunden an, in denen Ihre Bedürfnisse im Hinblick auf Ihre spezifische Erkrankung mit fachkundigen Ärzten im Detail besprochen werden können.
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	Der Chefarzt und seine leitende Oberärztin verfügen über die Schwerpunktbezeichnung „Gynäkologische Onkologie“. Prof. Hanf verfügt hier auch über die volle Weiterbildungsbefugnis. Die Zertifizierung unseres Genitalkrebszentrums wurde 2015 erfolgreich abgeschlossen.
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	In unserem zertifizierten Brustzentrum (DKG) werden alle Erkrankungen der weiblichen (und männlichen) Brust behandelt. Der Schwerpunkt unserer Arbeit liegt dabei auf der Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs.
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	

VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	In unserem Brustzentrum werden alle Erkrankungen der weiblichen (und auch männlichen) Brust diagnostiziert und behandelt. Unser Brustzentrum ist zertifiziert nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft und der Gesellschaft für Senologie.
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	Rund um Schwangerschaft und Geburt bietet Ihnen unser kompetentes geburtshilflich perinatologisches Team rund um die Uhr fachliche Begleitung. Wir verfügen über vier modern ausgestattete, lichtdurchflutete Entbindungsräume, die Raum für individuelle Wünsche lassen.
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
VG05	Endoskopische Operationen	Im Operationssaal setzen wir modernste vaginale, abdominale sowie „nerven-schonende“ OP-Techniken, inklusive der minimal-invasiven OP-Technik (z.B. Schlüssellochchirurgie), ein. Hier profitieren Operateure und ihre Patientinnen von unseren hochmodernen 3-D-Laparoskopie-Stationen.

VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	Unsere Brustoperateure haben große Erfahrung mit erweiterten mamma-chirurgischen Operationsverfahren, inklusive onkoplastischer Operationen und wiederaufbauender Verfahren.
VG15	Spezialsprechstunde	Für prä- und poststationäre ambulante Patienten bieten wir eine große Zahl an Spezialsprechstunden an, in denen Ihre Bedürfnisse im Hinblick auf Ihre spezifische Erkrankung mit fachkundigen Ärzten im Detail besprochen werden können.
VG16	Urogynäkologie	Sie erhalten in unserem interdisziplinären Beckenbodenzentrum kompetente Hilfe bei Harnverlust, Blasen- oder Senkungsbeschwerden, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr oder Harn- und Stuhlinkontinenz.
VG06	Gynäkologische Chirurgie	Operationen werden mittels modernster vaginaler, abdominaler sowie „nerven-schonender“ OP-Techniken, inklusive der minimal-invasiven OP-Technik (z.B. Schlüssellochchirurgie) durchgeführt. Hier profitieren Operateure und ihre Patientinnen von unseren hochmodernen 3-D-Laparoskopie-Stationen.

VG07	Inkontinenzchirurgie	Behandlung der Harninkontinenz zunächst durch konservative nicht-chirurgische Eingriffe, ggfls. chirurgisch, mittels Tension free vaginal tapes (TVT) – spannungsfreies Vaginalband bzw. Trans-Obturator-Technik (TOT).
VG12	Geburtshilfliche Operationen	Bei Abweichungen vom normalen Geburtsverlauf stehen uns alle Möglichkeiten der modernen Geburtsmedizin zur Verfügung. Die Eltern werden in einem individuellen persönlichen Gespräch über die möglichen Optionen informiert und beraten, um dann gemeinsam eine Entscheidung treffen zu können.

**B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Frauenklinik und Geburtshilfe (Nathanstift)**

**B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	6335
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

**B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Beckenboden- und Harninkontinenzsprechstunde</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	Sie erhalten in unserem Beckenbodenzentrum kompetente interdisziplinäre Hilfe bei Harnverlust, Blasenbeschwerden, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Beckenbodentraining in der Rückbildungsgymnastik etc., Sprechstundenzeiten nach telefonischer Vereinbarung.
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)
<b>Angebotene Leistung</b>	Endoskopische Operationen (VG05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Gynäkologische Chirurgie (VG06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Inkontinenzchirurgie (VG07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Urogynäkologie (VG16)

<b>Brustsprechstunde im zertifizierten Brustzentrum (DKG)</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	Wir bieten in unserer spezialisierten Brustsprechstunde umfassende Beratung zu allen Erkrankungen der Brust und können in jedem Fall eine Terminvergabe für neu überwiesene Patientinnen innerhalb von maximal 10 Tagen gewährleisten.
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie (VG04)

### Chefarztambulanz Gynäkologie & Geburtshilfe

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Kommentar</b>	Terminvergabe nach Vereinbarung! Bitte wenden Sie sich hierzu von Mo - Fr., zwischen 8:00 und 16:00 Uhr, an das Sekretariat von Prof. Dr. Hanf unter Tel. 0911/7580 1301 (Frau Rehder, Frau Dean)
<b>Angebotene Leistung</b>	Ambulante Entbindung (VG19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03)

### Geburtsmodusbesprechung und Hebammensprechstunde

<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	Zur frühzeitigen Erkennung möglicher Erkrankungen von Mutter und/oder Kind bieten wir moderne medizinische Methoden wie z.B. die Doppler-/ Duplex-Ultraschalluntersuchung, Nabelschnurblutflußmessung beim Ungeborenen etc. an.
<b>Angebotene Leistung</b>	Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Pränataldiagnostik und -therapie (VG09)

### Gynäkologische Ambulanz

<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Kommentar</b>	Für die Notfallambulanz ist keine Terminvereinbarung nötig. Rufen Sie aber – wenn möglich - vorher kurz an, damit das Klinikpersonal informiert ist. Während der Nachtstunden sowie an Wochenenden melden Sie sich bitte am Kreißsaal an.

<b>Gynäkologisch-onkologische Sprechstunde</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	Der Chefarzt und die leitende Oberärztin verfügen über den Schwerpunkt "Gynäkologische Onkologie". Moderne, komplikationsarme Methoden zur Behandlung von Krebserkrankungen des Unterleibs werden regelmäßig angewandt.
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)

**B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

**B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

<b>Zulassung vorhanden</b>	
<b>Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Nein

**B-3.11 Personelle Ausstattung**

**B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

**Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 20,75

**Personal aufgeteilt nach:**

<b>Versorgungsform</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Stationär	20,75	
Ambulant	0	

<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Direkt	20,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 305,3012

**Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 7,03

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,03	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,03	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 901,13798

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	Prof. Dr. Volker Hanf Dr. Botez
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie	Prof. Dr. Volker Hanf Dr. Tamara Boxler
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Unsere Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe beherrschen die Erkennung, Vorbeugung, konservative und operative Behandlung sowie Nachsorge von geschlechtsspezifischen Gesundheitsstörungen der Frau einschließlich operativer Eingriffe sowie die Betreuung und Überwachung.
AQ15	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	Prof. Dr. Volker Hanf
AQ22	Hygiene und Umweltmedizin	Prof. Dr. Volker Hanf

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

**B-3.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 52,81

Kommentar: Nach einer dreijährigen Ausbildung an einer staatlich anerkannten Gesundheits- und Krankenpflegeschule und erfolgreichem Ablegen einer staatlichen Prüfung übernehmen unsere Gesundheits- und Krankenpfleger eigenständig die Pflege, Beobachtung, Betreuung und Beratung von Patienten.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	52,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	52,81	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 119,95834

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 18,88

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,88	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,88	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 335,54025

**Entbindungspfleger und Hebammen**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 14,38

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,38	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,38	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 440,54242

**Medizinische Fachangestellte**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,5

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 4223,33333

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ08	Operationsdienst

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP20	Palliative Care
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement

### B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

## B-4 Geriatrie

### B-4.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Geriatrie"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	0200 0102
Art	Hauptabteilung

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Neumeier
Telefon	0911/7580-2200
Fax	0911/7580-2210
E-Mail	<a href="mailto:geriatrie@klinikum-fuerth.de">geriatrie@klinikum-fuerth.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Jakob-Henle-Straße 1	90766 Fürth	<a href="https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Kliniken_Abteilungen/Geriatriische_Klinik/">https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Kliniken_Abteilungen/Geriatriische_Klinik/</a>

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

[http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken\\_Zentren/Kliniken\\_Abteilungen/Geriatrie](http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Geriatrie)

### B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

**B-4.3 Medizinische Leistungsangebote Geriatrie**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Unsere Geriatrie ist speziell auf die medizinische Versorgung älterer Patienten mit komplexen Krankheitsbildern und Mehrfacherkrankungen eingestellt. Die Behandlung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten, Sozialdienst, Psychologie und Seelsorge.
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Einschränkungen der Beweglichkeit, Gangstörungen mit Stürzen, chronische Schmerzen, nachlassende Gedächtnisleistung, zunehmende körperliche Schwäche und Gebrechlichkeit, Schluckstörungen mit nachfolgender Mangelernährung.
VR04	Duplexsonographie	Eine spezielle schmerzfreie Ultraschall-Untersuchung, mit der die Gefäße an Armen, Beinen, Hals und Bauch dargestellt werden. Dabei kann die Durchfließ-Geschwindigkeit des Blutes in den Gefäßen gemessen und beispielsweise Gefäß-Verengungen bzw. Veränderungen der Gefäßwand dargestellt werden.

VR02	Native Sonographie	Einfacher schmerzfreier Ultraschall ohne Kontrastmittel. Ein Schwerpunkt in der Geriatrie besteht in der Durchführung von Ultraschalluntersuchungen des Herzens (Echokardiographie).
VI00	Sonstige im Bereich Innere Medizin	Über die Geriatrie werden für das gesamte Klinikum strukturierte geriatrische Assessments zur frühzeitigen Identifikation von Patienten, die in besonderem Maße von altersmedizinischen Angeboten profitieren können, angeboten

**B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Geriatrie**

**B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	681
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Privatsprechstunde	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)

**B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

**B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

**B-4.11 Personelle Ausstattung**

**B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

**Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 11,26

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,26	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,26	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 60,47957

**Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 3

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 227

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatrie
ZF07	Diabetologie
ZF30	Palliativmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

**B-4.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 12,89

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,89	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,89	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 52,83165

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 8,3

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 82,04819

**Medizinische Fachangestellte**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,75

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 908

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP15	Stomamanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP07	Geriatric
ZP08	Kinästhetik
ZP09	Kontinenzmanagement

**B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische Fachabteilung:                      Nein

---

## B-5 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

### B-5.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	2600
Art	Belegabteilung

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Christian Schell
Telefon	0911/7580-1214
Fax	0911/7580-1890
E-Mail	<a href="mailto:info@hno-fuerth.de">info@hno-fuerth.de</a>

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Khalil Ladaa
Telefon	0911/7580-1214
Fax	0911/7580-1890
E-Mail	<a href="mailto:info@hno-fuerth.de">info@hno-fuerth.de</a>

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jan Krause
Telefon	0911/7580-1214
Fax	0911/7580-1890
E-Mail	<a href="mailto:info@hno-fuerth.de">info@hno-fuerth.de</a>

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Hermann Krehn
Telefon	0911/7580-1214
Fax	0911/7580-1890
E-Mail	<a href="mailto:info@hno-fuerth.de">info@hno-fuerth.de</a>

### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Jakob-Henle-Str. 1	90766 Fürth	<a href="https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Kliniken_Abteilungen/HNO_Heilkunde/">https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Kliniken_Abteilungen/HNO_Heilkunde/</a>

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

[http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken\\_Zentren/Kliniken\\_Abteilungen/HNO\\_Heilkunde/](http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/HNO_Heilkunde/)

### B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

**B-5.3**

**Medizinische Leistungsangebote Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	Untersuchung und Behandlung des Außenohres, z.B. durch Messungen des Hörvermögens, endoskopische Untersuchung des Gehörganges bei Entzündungen.
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	Untersuchung und ggf. operative Behandlung des Trommelfells, Spülung des Ohranges, operative Behandlung des Mittelohres und des Warzenfortsatzes.
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	Ohrkorrektur bei unschön geformten und/ oder anliegenden bzw. abstehenden Ohren.
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	Durch einen operativen Eingriff "durch die Nase" können mit einem Endoskop oder einem Mikroskop die Ausführungsgänge der Nasennebenhöhlen erweitert und/oder die erkrankte Schleimhaut abgetragen werden.
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	Durch Untersuchungen der Luftröhre und des Kehlkopfes können mittels Flüssigkeits- und Gewebeatnahmen Krankheiten der oberen Atemwege untersucht und behandelt werden. Durch das Einführen eines Endoskops können die Luftröhrenäste (Bronchien) ebenfalls untersucht und behandelt werden.

VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	Umfassende Untersuchung der oberen Atemwege nach Tumoren, Fehlbildungen, Entzündungszeichen und/oder Allergien.
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	Durch Untersuchungen der Luftröhre und des Kehlkopfes können mittels Flüssigkeits- und Gewebeentnahmen Krankheiten der oberen Atemwege untersucht und behandelt werden.
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes	Durch Untersuchungen des Kehlkopfes können mittels Flüssigkeits- und Gewebeentnahmen Krankheiten der oberen Atemwege untersucht und behandelt werden.
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	Untersuchung und ggf. operative Entfernung von Gaumen- und Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen in der Mundhöhle - Tonsillektomie.
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	Eine Diagnose einer Allergie durchläuft in der Regel am Klinikum vier Phasen: Arzt-Patienten-Gespräch (Anamnese), Hauttests, Labortests und ggf. eine Nachanamnese plus Provokationstest.

**B-5.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Hals-, Nasen-,  
Ohrenheilkunde**

**B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	92
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.

**B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Belegärztliche Sprechstunden</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15)
<b>Kommentar</b>	Die Sprechstunden finden in den Praxen der Belegärzte statt.

**B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

**B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

<b>Zulassung vorhanden</b>	
<b>Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Nein

**B-5.11 Personelle Ausstattung**

**B-5.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Wochenarbeitszeit

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 5

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde beherrschen die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Fehlbildungen, Formveränderungen und Tumoren des Ohres, der Nase und der Nasennebenhöhlen.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	Die Zusatz-Weiterbildung in der Röntgendiagnostik umfasst in Ergänzung zu einer Facharztcompetenz die Durchführung und Befundung gebietsbezogener Röntgendiagnostik für Skelett bzw. Thorax, Verdauungs- und Gallenwege, Harntrakt und Geschlechtsorgane sowie der Mamma.
ZF28	Notfallmedizin	Die Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin umfasst die Erkennung drohender oder eingetretener Notfallsituationen und die Behandlung von Notfällen sowie die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung akut bedrohter Vitalfunktionen.



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,03	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,03	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 89,32039

### Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,08

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1150

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP16	Wundmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement

**B-5.11.3**      **Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische Fachabteilung:                      Nein

---

## B-6 Klinik für Herz- und Lungenerkrankungen

### B-6.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Herz- und Lungenerkrankungen"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	0300
Art	Hauptabteilung

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Priv.-Doz. Dr. med. Harald Rittger
Telefon	0911/7580-1101
Fax	0911/7580-1141
E-Mail	<a href="mailto:med1@klinikum-fuerth.de">med1@klinikum-fuerth.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Jakob-Henle-Straße 1	90766 Fürth	<a href="https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Kliniken_Abteilungen/Herz_Lungenerkrankungen/">https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Kliniken_Abteilungen/Herz_Lungenerkrankungen/</a>

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

[http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken\\_Zentren/Kliniken\\_Abteilungen/Herz\\_Lungenerkrankungen](http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Herz_Lungenerkrankungen)

### B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

**B-6.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Herz- und Lungenerkrankungen**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Für die Diagnostik und die Therapie von Asthma und Chronisch Obstruktiver Bronchitis (COPD) ist die Medizinische Klinik 1 Teilnehmer an speziellen Disease-Management-Programmen (abgekürzt DMP).
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Zur Diagnostik und Therapie der Koronaren Herzkrankheit wird in der Medizinischen Klinik 1 betroffenen Patienten ein systematisches und strukturiertes Behandlungsprogramm angeboten, das neben dem gezielten Versorgungsmanagement auch spezielle Schulungen und Informationssysteme enthält.
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI20	Intensivmedizin	
VR04	Duplexsonographie	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI34	Elektrophysiologie	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	

VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Besonderer Schwerpunkt ist die Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs-erkrankungen im interprofessionellen und interdisziplinären Lungenzentrum unter Leitung der Medizinischen Klinik 1.
VI00	Asthmaschulung	
VI35	Endoskopie	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI27	Spezialsprechstunde	
VI00	Behandlung und Überwachung von Patienten mit Herzschrittmachern	In der Medizinischen Klinik 1 folgen sowohl die Indikationsstellung, die Implantation von Herzschrittmachern, der Wechsel von Herzschrittmachern (Aggregate und Batterien) als auch die Untersuchungen zur regelmäßigen Herzschrittmacherkontrolle .
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI00	COPD-Schulung (Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen)	
VI00	Marcumar-Schulung	
VI00	Diagnostik und Therapie interstitieller Lungenerkrankungen (Sarkoidose, idiopathische Lungenerkrankungen)	
VI00	Diagnostik und Therapie berufsbedingter Lungenerkrankungen	

**B-6.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Klinik für Herz- und Lungenerkrankungen**

**B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

<b>Fallzahlen</b>	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	7447
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

**B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Ambulanz für Patienten mit pulmonaler Hypertonie</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)

<b>Asthma/COPD Schulungsambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Ambulanz im Rahmen von DMP (AM14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)

### Chefarztambulanz Medizinische Klinik 1

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Allergien (VI22)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Elektrophysiologie (VI34)

<b>Schrittmacherambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)
<b>Kommentar</b>	Nach Implantation eines Herzschrittmachers führen wir in unserer Schrittmacherambulanz die Erstkontrolle der regelmäßig notwendigen Funktionsuntersuchungen von Herzschrittmachern durch.
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Elektrophysiologie (VI34)

**B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

**B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

<b>Zulassung vorhanden</b>	
<b>Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Nein

**B-6.11 Personelle Ausstattung**

**B-6.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

**Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 36,17

**Personal aufgeteilt nach:**

<b>Versorgungsform</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Stationär	36,17	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	36,17	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 205,88886

**Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 15,78

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,78	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 471,92649

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie	Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie sind besonders spezialisiert auf die Prophylaxe, die Erkennung und die konservative Behandlung aller Krankheiten der Lunge, der Bronchien, des Mittelfells (Mediastinums) und der Pleura.
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie	Unsere Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie sind hochspezialisiert in der Behandlung angeborener und erworbener Erkrankungen des Herzens. Sie befassen sich außerdem mit den Erkrankungen des Blutkreislaufs und den herznahen Blutgefäßen.
AQ23	Innere Medizin	Unsere Fachärzte für Innere Medizin beherrschen die Vorbeugung, die (Früh-) Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs und der Verdauungsorgane.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF39	Schlafmedizin	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	
ZF15	Intensivmedizin	Die Zusatz-Weiterbildung in spezieller internistischer Intensivmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Intensivüberwachung und Intensivbehandlung von Patienten, deren Vitalfunktionen oder Organfunktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind.
ZF44	Sportmedizin	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie	

**B-6.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 97,85

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	97,85	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	97,85	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 76,10629

#### Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 34,97

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	34,97	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	34,97	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 212,95396

#### Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,79

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,79	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,79	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 2669,17563

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ02	Diplom
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ08	Operationsdienst

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP08	Kinästhetik

### B-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

## B-7 Klinik für Gastroenterologie und Onkologie

### B-7.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Gastroenterologie und Onkologie"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	0700
Art	Hauptabteilung

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Thomas Schneider
Telefon	0911/7580-1151
Fax	0911/7580-1888
E-Mail	<a href="mailto:med2@klinikum-fuerth.de">med2@klinikum-fuerth.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Jakob-Henle-Str. 1	90766 Fürth	<a href="https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Kliniken_Abteilungen/Gastroenterologie_Haemato-Onkologie/">https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Kliniken_Abteilungen/Gastroenterologie_Haemato-Onkologie/</a>

### B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-7.3

Medizinische Leistungsangebote Klinik für Gastroenterologie und Onkologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VI00	Gastroenterologische Funktionsdiagnostik	Mittels diverser Verfahren können funktionelle Beschwerden des Magen-Darmtraktes wie Transportstörungen der Speiseröhre und des Dickdarms; Sodbrennen, Eiweiß- und Zuckerunverträglichkeiten, bakterielle Dünndarmüberwucherungen und Funktionsstörungen der Bauchspeicheldrüse festgestellt werden.
VI00	Labormedizin	Klinisches Labor, Hämatologie und Mikrobiologisches Labor
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Adipositas, Adrenopause, Diabetes mellitus, Mangelernährung, Nahrungsmittelintoleranzen – Histaminintoleranz, Lactoseintoleranz, Fructoseintoleranz
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Glutenintoleranz (Zöliakie), Sorbitintoleranz; Intoleranzen gegen Nahrungszusatzstoffe, Hyperurikämie (Gicht), Fructose- und Lactoseintoleranz, Störungen des Lipoproteinstoffwechsels; Hypertriglyzeridämie; Störungen des Mineralstoffwechsels, Störungen des Spurenelementstoffwechsels
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	

VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	Leukämien, Morbus Hodgkin, Non-Hodgkin Lymphome, myelodysplastische und myeloproliferative Syndrome
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI00	Ernährungsmedizin	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Die onkologische Versorgung erfolgt in enger Kooperation mit den am Klinikum Fürth ansässigen zertifizierten Organkrebszentren.
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Colitis indeterminata, Fistel, Sepsis, CED
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	Bsp: Bullöses Pemphigoid, Dermatomyositis, Guillain-Barré-Syndrom, Hashimoto-Thyreoiditis, Lupus erythematodes, Myasthenia gravis, Narkolepsie, Primär chronische Polyarthrit, Polychondritis, Riesenzelleriitis, SAPHO-Syndrom, Sjögren-Syndrom, Sklerodermie, Stiff-Man-Syndrom, Vitiligo, Zöliakie
VI35	Endoskopie	Besondere Expertise in der Durchführung interventioneller Verfahren inklusive Anwendung der Endosonographie. Dies schliesst auch Spezialverfahren (Dünndarmendoskopie, Videokapsel) ein.

VI20	Intensivmedizin	Medizinisches Fachgebiet, das sich mit Diagnostik und Therapie lebensbedrohlicher Zustände und Krankheiten befasst. Dazu gehört auch die Notfallmedizin.
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI00	Diabetes-Kompetenzzentrum	Schulung, Beratung, Therapie und Diagnostik, Veranstaltungen
VI42	Transfusionsmedizin	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI39	Physikalische Therapie	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI00	Diagnostik und Therapie der Alkoholkrankheit inklusive Alkoholentzugstherapie	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI40	Schmerztherapie	Interdisziplinäre Behandlung von Schmerzen, auch bei chronischen Schmerzzuständen und Tumorschmerzen.
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VX00	Interdisziplinäres Darmkrebszentrum (DKG)	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI38	Palliativmedizin	
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	

VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
------	--	--

**B-7.4** Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Klinik für Gastroenterologie und Onkologie

**B-7.5** Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	5497
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-7.6** Hauptdiagnosen nach ICD

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-7.7** Durchgeführte Prozeduren nach OPS

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-7.8** Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Diabetologische Sprechstunde	
Ambulanzart	Ambulanz im Rahmen von DMP (AM14)
Kommentar	In unserer Spezialsprechstunde für Diabetiker werden sämtliche Formen der Zuckerkrankheit umfassend behandelt. Teil des Therapiekonzeptes ist auch eine Diabetesschulung für unsere Patienten bereits während der stationären Behandlung.
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)
Angebotene Leistung	Sonstiges (VI00)

### Gastroenterologische Sprechstunde

<b>Ambulanzart</b>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)
<b>Kommentar</b>	Prä- und poststationäre Sprechstunde zur Durchführung der Früherkennungskoloskopie, zur Durchführung von Dickdarmspiegelungen mit Abtragung großer und/oder breitbasiger Polypen bzw. Schlingenbiopsien mittels Hochfrequenzelektroschlinge.
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums (VI13)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)
<b>Angebotene Leistung</b>	Endoskopie (VI35)

<b>Privatsprechstunde</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Kommentar</b>	Herr Chefarzt Prof. Dr. Schneider steht Ihnen nach telefonischer Terminvereinbarung unter 0911 / 7580 1151 gerne zur Verfügung.
<b>Angebotene Leistung</b>	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis (VI29)
<b>Angebotene Leistung</b>	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (VI43)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) (VI23)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums (VI13)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Endoskopie (VI35)
<b>Angebotene Leistung</b>	Intensivmedizin (VI20)
<b>Angebotene Leistung</b>	Palliativmedizin (VI38)
<b>Angebotene Leistung</b>	Transfusionsmedizin (VI42)

**B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

**B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

<b>Zulassung vorhanden</b>	
<b>Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Nein

**B-7.11 Personelle Ausstattung**

**B-7.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

**Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 26,06

**Personal aufgeteilt nach:**

<b>Versorgungsform</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Stationär	26,06	
Ambulant	0	

<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Direkt	26,06	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 210,9363

**Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 15,3

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 359,28105

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	Unsere Fachärzte für Innere Medizin im Schwerpunkt Onkologie sind spezialisiert auf die Prävention, die Diagnostik, die Therapie und die Nachsorge von Blut- und Krebserkrankungen.
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	Unsere Fachärzte für Innere Medizin im Schwerpunkt Gastroenterologie sind Spezialisten im Bereich der Diagnostik, Therapie und Prävention von Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts sowie der mit diesem Trakt verbundenen Organe Leber, Gallenblase und Bauchspeicheldrüse.
AQ23	Innere Medizin	Unsere Fachärzte für Innere Medizin beherrschen die Vorbeugung, (Früh-) Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie die Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen /Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und der Verdauungsorgane.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	Die Zusatz-Weiterbildung in der Röntgendiagnostik umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Durchführung und Befundung gebietsbezogener Röntgendiagnostik für Skelett bzw. Thorax, Verdauungs- und Gallenwege, Harntrakt und Geschlechtsorgane sowie der Mamma.
ZF07	Diabetologie	Die Zusatz-Weiterbildung Diabetologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung, Behandlung und Rehabilitation aller Formen der diabetischen Stoffwechselstörung einschließlich ihrer Komplikationen.
ZF30	Palliativmedizin	Die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin umfasst die Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer inkurablen, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung mit dem Ziel, unter Einbeziehung des sozialen Umfelds, die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen und sicherzustellen.

ZF44	Sportmedizin	Die Zusatz-Weiterbildung Sportmedizin umfasst die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Sportschäden und Sportverletzungen sowie die Untersuchung des Einflusses von Bewegung, Bewegungsmangel, Training und Sport auf den gesunden und kranken Menschen.
ZF39	Schlafmedizin	

### B-7.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 96,4

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	96,4	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	96,4	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 57,02282

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 34,46

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	34,46	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	34,46	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 159,51828

**Medizinische Fachangestellte**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 2,74

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,74	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,74	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 2006,20438

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ02	Diplom

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP20	Palliative Care
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP07	Geriatric
ZP08	Kinästhetik
ZP18	Dekubitusmanagement

### B-7.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

## B-8 Klinik für Kinder und Jugendliche

### B-8.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Kinder und Jugendliche"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	1000 3060
Art	Hauptabteilung

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Jens Klinge
Telefon	0911/7580-3001
Fax	0911/7580-3002
E-Mail	<a href="mailto:jens.klinge@klinikum-fuerth.de">jens.klinge@klinikum-fuerth.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Jakob-Henle-Straße 1	90766 Fürth	<a href="https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Kliniken_Abteilungen/Kinder_Jugendklinik/">https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Kliniken_Abteilungen/Kinder_Jugendklinik/</a>

### B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

**B-8.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Kinder und Jugendliche**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VK36	Neonatologie	
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes	
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	
VK29	Spezialsprechstunde	
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen	
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener	
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen	
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	Unter der fachlichen Leitung der Kinder- und Jugendabteilung für Psychische Gesundheit am Universitätsklinikum Erlangen bieten wir hier ein umfassendes kinder- und jugendpsychiatrisches Behandlungsangebot für bis zu acht Kinder und Jugendliche.
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen	
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen	
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter	
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen	
VK23	Versorgung von Mehrlingen	

VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	
VK28	Pädiatrische Psychologie	
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen	
VK25	Neugeborenenenscreening	
VK34	Neuropädiatrie	
VK00	Kindertraumatologie	
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VK00	Diagnostik und Therapie von Blutgerinnungsstörungen	
VK31	Kinderchirurgie	
VK02	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation	
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen	
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)	
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien	

**B-8.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Klinik für Kinder und Jugendliche**

**B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

<b>Fallzahlen</b>	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	3492
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

**B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-8.8      Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Blutschwämmchen-Ambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	Blutschwämmchen (Hämangiome) werden mit Kältetherapie (Kryotherapie) im Säuglingsalter behandelt. Der optimale Behandlungszeitpunkt liegt in der 4. - 8. Lebenswoche, ist jedoch bis zum Ende des ersten Lebensjahres möglich.
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener (VK22)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen (VK03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (VK11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (VK10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen (VK20)

<b>Chefarztambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien (VK21)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener (VK22)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VK08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) (VK05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VK07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (VK06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen (VK09)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen (VK15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Allergien (VK13)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter (VK26)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes (VK27)
<b>Angebotene Leistung</b>	Neonatologie (VK36)
<b>Angebotene Leistung</b>	Neugeborenencreening (VK25)

<b>EEG- und Anfallsambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)
<b>Kommentar</b>	Diagnostisch stehen folgende Möglichkeiten zur Verfügung: Wach-EEG, Schlaf-EEG, mobiles Langzeit-EEG sowie Polysomnographie. Außerdem können amplitudenintegrierte EEG-Untersuchungen durchgeführt werden.
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen (VK16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen (VK18)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen (VK17)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter (VK26)
<b>Angebotene Leistung</b>	Neuropädiatrie (VK34)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VK29)

<b>Gerinnungsambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) (AM04)
<b>Kommentar</b>	Wir führen Diagnostik, Beratung und falls erforderlich Therapie von angeborenen und erworbenen Blutgerinnungsstörungen durch. Zudem betreuen wir Kinder und Jugendliche mit Blutgerinnungsstörungen vor und nach Operationen.
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener (VK22)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen (VK09)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen (VK15)

<b>Kinderklinik Ambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Kommentar</b>	Die Notfallbehandlung von Kindern und Jugendlichen bei akuten Erkrankungen erfolgt rund um die Uhr an 7 Tagen in der Woche.
<b>Angebote Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VK29)

**B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

**B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

<b>Zulassung vorhanden</b>	
<b>Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Nein

**B-8.11 Personelle Ausstattung**

**B-8.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

**Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 21,64

**Personal aufgeteilt nach:**

<b>Versorgungsform</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Stationär	21,64	
Ambulant	0	

<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Direkt	21,64	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 161,36784

**Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 10,99

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,99	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 317,7434

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie	Ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunktweiterbildung im Bereich der Neuropädiatrie steht für die speziellen Behandlung von Störungen und Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems und der Muskulatur im Kindes- und Jugendalter zur Verfügung.
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie	In unserem Perinatalzentrum Level 1 arbeiten Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit einer zusätzlichen Schwerpunktweiterbildung Neonatologie zur Erkennung, Überwachung und Behandlung von Störungen und Erkrankungen der postnatalen Adaptation und Unreife bei Frühgeborenen.
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin	Unsere Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin bieten ein breites Spektrum in der Erkennung, Behandlung, Prävention und Nachsorge von körperlichen, neurologischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen des Kindes- und Jugendalters an.



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF15	Intensivmedizin	Im Ärzte-Team der Kinderklinik stehen hochqualifizierte Spezialisten für die intensivmedizinische Betreuung von Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen rund um die Uhr zur Verfügung.
ZF17	Kinder-Gastroenterologie	Unser Kinder-Gastroenterologe hat sich auf die Behandlung von Krankheiten der Verdauungsorgane und Ernährungsstörungen spezialisiert. Dazu gehören auch Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens, des Dünn- und Dickdarms, sowie der Leber und der Bauchspeicheldrüse.
ZF03	Allergologie	Unser spezialisierter Facharzt mit Zusatzbezeichnung Allergologie wird durch besonderes erfahrene Ernährungstherapeuten unterstützt. Daher sind neben diagnostischen Maßnahmen (z.B. Lungenfunktion) auch Allergenprovokationen (z.B. Nahrungsmittel) möglich.

ZF20	Kinder-Pneumologie	Unsere Kinder-Pneumologin ist spezialisiert auf die Erkennung und Behandlung von angeborenen und erworbenen Erkrankungen der oberen Atemwege, Lunge, Bronchien, Pleura und Mediastinum sowie kindlichen Asthma-Erkrankungen, angeborenen Lungenfehlbildungen und interstitiellen Lungenerkrankungen.
ZF21	Kinder-Rheumatologie	

### B-8.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

**Gesundheits- und Kinderkrankenschwester(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 52,99

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	52,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	36,26	
Nicht Direkt	16,73	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 65,89923

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung /zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ01	Bachelor
PQ02	Diplom
PQ08	Operationsdienst
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP06	Ernährungsmanagement

**B-8.11.3**      **Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische Fachabteilung:                  Nein

---

## B-9 Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

### B-9.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	3060
Art	Hauptabteilung

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Jens Klinge
Telefon	0911/7580-3225
Fax	0911/7580-3002
E-Mail	<a href="mailto:kinderpsychiatrie@klinikum-fuerth.de">kinderpsychiatrie@klinikum-fuerth.de</a>

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Leitender Arzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Gunther Moll
Telefon	0911/7580-3225
Fax	0911/7580-3002
E-Mail	<a href="mailto:kinderpsychiatrie@klinikum-fuerth.de">kinderpsychiatrie@klinikum-fuerth.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Jakob-Henle-Straße 1	90766 Fürth	<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Tageskliniken/Tagesklinik_fuer_Kinder_Jugendpsychiatrie_Psychotherapie/Schwerpunkte.php">http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Tageskliniken/Tagesklinik_fuer_Kinder_Jugendpsychiatrie_Psychotherapie/Schwerpunkte.php</a>

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

[http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken\\_Zentren/Tageskliniken/Tagesklinik\\_fuer\\_Kinder\\_Jugendpsychiatrie\\_Psychotherapie/klinik\\_fuer\\_Kinder\\_Jugendpsychiatrie\\_Psychotherapie/](http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Tageskliniken/Tagesklinik_fuer_Kinder_Jugendpsychiatrie_Psychotherapie/klinik_fuer_Kinder_Jugendpsychiatrie_Psychotherapie/)

**B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen**

**Angaben zu Zielvereinbarungen**

**Zielvereinbarung gemäß  
DKG**

Keine Vereinbarung geschlossen

B-9.3

**Medizinische Leistungsangebote Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	Die Therapiekonzepte in unserer Tagesklinik sind medizinisch-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Dabei erarbeiten Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und Pädagogen gemeinsam mit den Eltern die passende Therapie. Unser Ziel sind ideale Entwicklungsbedingungen für unsere jungen Patienten.
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Die Therapiekonzepte in unserer Tagesklinik sind medizinisch-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Dabei erarbeiten Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und Pädagogen gemeinsam mit den Eltern die passende Therapie. Unser Ziel sind ideale Entwicklungsbedingungen für unsere jungen Patienten.
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	Die Therapiekonzepte in unserer Tagesklinik sind medizinisch-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Dabei erarbeiten Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und Pädagogen gemeinsam mit den Eltern die passende Therapie. Unser Ziel sind ideale Entwicklungsbedingungen für unsere jungen Patienten.

VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Die Therapiekonzepte in unserer Tagesklinik sind medizinisch-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Dabei erarbeiten Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und Pädagogen gemeinsam mit den Eltern die passende Therapie. Unser Ziel sind ideale Entwicklungsbedingungen für unsere jungen Patienten.
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Die Therapiekonzepte in unserer Tagesklinik sind medizinisch-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Dabei erarbeiten Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und Pädagogen gemeinsam mit den Eltern die passende Therapie. Unser Ziel sind ideale Entwicklungsbedingungen für unsere jungen Patienten.
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Die Therapiekonzepte in unserer Tagesklinik sind medizinisch-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Dabei erarbeiten Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und Pädagogen gemeinsam mit den Eltern die passende Therapie. Unser Ziel sind ideale Entwicklungsbedingungen für unsere jungen Patienten.

VP15	Psychiatrische Tagesklinik	Die Therapiekonzepte in unserer Tagesklinik sind medizinisch-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Dabei erarbeiten Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und Pädagogen gemeinsam mit den Eltern die passende Therapie. Unser Ziel sind ideale Entwicklungsbedingungen für unsere jungen Patienten.
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	Die Therapiekonzepte in unserer Tagesklinik sind medizinisch-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Dabei erarbeiten Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und Pädagogen gemeinsam mit den Eltern die passende Therapie. Unser Ziel sind ideale Entwicklungsbedingungen für unsere jungen Patienten.
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	Die Therapiekonzepte in unserer Tagesklinik sind medizinisch-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Dabei erarbeiten Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und Pädagogen gemeinsam mit den Eltern die passende Therapie. Unser Ziel sind ideale Entwicklungsbedingungen für unsere jungen Patienten.

**B-9.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**

**B-9.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

**B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

**B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

**B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

**B-9.11 Personelle Ausstattung**

**B-9.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

**Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 2

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

**Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 2

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Unsere Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind spezialisiert auf die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und psychiatrischen Erkrankungen.
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie	In unserem Perinatalzentrum Level 1 verfügen die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin über eine zusätzliche Schwerpunktweiterbildung zur Erkennung, Überwachung und Behandlung von Störungen und Erkrankungen bei Früh- und Neugeborenen.
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin	Unsere Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin beherrschen die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, neurologischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF15	Intensivmedizin	Die Zusatz-Weiterbildung in pädiatrischer Intensivmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Intensivüberwachung und Intensivbehandlung von Patienten, deren Vitalfunktionen oder Organfunktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind.
ZF11	Hämostaseologie	Die Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung und Behandlung von okkulten und manifesten Thromboembolien und Blutungsstörungen bei vererbten und erworbenen Hämostasestörungen.
ZF03	Allergologie	Die Zusatz-Weiterbildung Allergologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung und Behandlung der durch Allergene und Pseudoallergene ausgelösten Erkrankungen verschiedener Organsysteme einschließlich der immunologischen Aspekte.

**B-9.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,5

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

**Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 8,3

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	1,25
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	
PQ07	Pflege in der Onkologie	
PQ08	Operationsdienst	
PQ20	Praxisanleitung	1,5
PQ13	Hygienefachkraft	0,4
PQ15	Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	0,75

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP02	Bobath	
ZP08	Kinästhetik	3,25
ZP01	Basale Stimulation	1
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP13	Qualitätsmanagement	0,75
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	1
ZP22	Atmungstherapie	1
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	1
ZP28	Still- und Laktationsberatung	0,25
ZP24	Deeskalationstraining	1

### B-9.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

#### Diplom-Psychologen(innen)

Anzahl Vollkräfte: 2,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,5	
Nicht Direkt	0	

**Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten(innen)**

Anzahl Vollkräfte: 2

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

## B-10 Neurologische Klinik

### B-10.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Neurologische Klinik"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	2800
Art	Hauptabteilung

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Christian Maihöfner
Telefon	0911/7580-1701
Fax	0911/7580-1710
E-Mail	<a href="mailto:christian.maihoefner@klinikum-fuerth.de">christian.maihoefner@klinikum-fuerth.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Jakob-Henle-Str. 1	90766 Fürth	<a href="https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Kliniken_Abteilungen/Neurologie/">https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Kliniken_Abteilungen/Neurologie/</a>

### B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

**B-10.3 Medizinische Leistungsangebote Neurologische Klinik**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN23	Schmerztherapie	Für Patienten, die an einem Komplex-Regionalen Schmerzsyndrom (CRPS; Morbus Sudeck/Kausalgie) erkrankt sind, wird eine spezielle vorstationäre Sprechstunde angeboten. Die Anmeldung erfolgt unter der Telefonnummer 0911/7580 1700.
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	

VN24	Stroke Unit	In der zertifizierten Stroke Unit der Neurologischen Klinik werden Patienten während der Akutphase eines Schlaganfalls kontinuierlich engmaschig überwacht und einer optimalen Therapie zugeführt. Wir sind Mitglied im Schlaganfall-Netzwerk mit Telemedizin Nordbayern (STENO).
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	Unsere interdisziplinäre Intensivstation ermöglicht die Überwachung und Therapie von kritisch kranken Patienten rund um die Uhr. In der Frührehabilitation arbeitet das Klinikum Fürth eng mit dem Zentrum für Neurologie und Neurologische Rehabilitation am Klinikum am Europakanal Erlangen zusammen.

**B-10.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Neurologische Klinik**

**B-10.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

<b>Fallzahlen</b>	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	2475
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

**B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Chefarztambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Kommentar</b>	Ein Termin in der Privatsprechstunde von Prof. Dr. Maihöfner kann unter der Telefonnummer 0911/7580 1700 vereinbart werden. Behandelt werden alle Erkrankungen auf dem Gebiet der Neurologie. Es werden auch Behandlungen mit Botulinumtoxin (bei Bewegungsstörungen oder chronischer Migräne) angeboten.
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden (VN05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems (VN12)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems (VN13)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen (VN03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute (VN08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (VN11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns (VN07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus (VN14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (VN16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns (VN06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen (VN04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems (VN15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen (VN02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen (VN10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen (VN17)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin (VN18)

<b>Angebotene Leistung</b>	Schmerztherapie (VN23)
<b>Angebotene Leistung</b>	Stroke Unit (VN24)

<b>Schmerzambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	Für Patienten, die an einem Komplex-Regionalen Schmerzsyndrom (CRPS; Morbus Sudeck/Kausalgie) erkrankt sind, wird eine spezielle vorstationäre Sprechstunde angeboten. Die Anmeldung erfolgt unter der Telefonnummer 0911/7580 1700.
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus (VN14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (VN16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems (VN15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen (VN02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen (VN01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Schmerztherapie (VN23)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VN20)

#### B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#### B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

<b>Zulassung vorhanden</b>	
<b>Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Nein

#### B-10.11 Personelle Ausstattung

##### B-10.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 17,92

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,92	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 138,11384

**Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 4,5

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 550

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

<b>Nr.</b>	<b>Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)</b>	<b>Kommentar</b>
AQ42	Neurologie	Unsere Fachärzte für Neurologie befassen sich schwerpunktmäßig mit der Diagnostik und Behandlung von Schlaganfällen (Hirnfarkten bzw. -blutungen). Außerdem behandeln sie Patienten, die unter Migräne, Parkinson, Multipler Sklerose oder Muskelerkrankungen leiden.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	Die Zusatz-Weiterbildung in der Röntgendiagnostik umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Durchführung und Befundung gebietsbezogener Röntgendiagnostik für Skelett bzw. Thorax, Verdauungs- und Gallenwege, Harntrakt und Geschlechtsorgane sowie der Mamma.
ZF15	Intensivmedizin	Die Zusatz-Weiterbildung Neurologische Intensivmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Intensivüberwachung und Intensivbehandlung von Patienten, deren Vitalfunktionen oder Organfunktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind.
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	

**B-10.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 10,13

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,13	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 244,32379

#### Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 34,46

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	34,46	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	34,46	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 71,8224

#### Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,29

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,29	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 8534,48276

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ02	Diplom

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP08	Kinästhetik

### B-10.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

## B-11 Radiologisches Institut

### B-11.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Radiologisches Institut"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	3751
Art	Hauptabteilung

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Josef Gmeinwieser
Telefon	0911/7580-1361
Fax	0911/7580-1887
E-Mail	<a href="mailto:radiologie@klinikum-fuerth.de">radiologie@klinikum-fuerth.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Jakob-Henle-Straße 1	90766 Fürth	<a href="https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Institute/Radiologie/">https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Institute/Radiologie/</a>

### B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

**B-11.3 Medizinische Leistungsangebote Radiologisches Institut**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	Sondenmessungen und Messung der Strahlenbelastung durch verabreichte radioaktive Substanzen.
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR15	Arteriographie	Radiologische Darstellung von arteriellen Blutgefäßen (arterielle Angiographie) z.B. zur Darstellung der Nierenarterien, der Halsschlagader, der Aorta oder der Herzkranzgefäße.
VR18	Szintigraphie	
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	Sondenmessungen und Messung der Strahlenbelastung durch verabreichte radioaktive Substanzen.
VX00	Medizinisches Leistungsspektrum der Radiologischen Fachabteilung	Diagnostische Radiologie: • Spiral-CT / Kernspintomographie / Röntgen / Angiographie / Durchleuchtung / Ultraschall / Mammographie Interventionelle Radiologie: • Interventionelle Gefäßrekanalisation mittels Ballondilatation, Stentimplantation, Kryoplastie, Cutting-Ballon
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	Messung von Organfunktionen, Flussparametern, Volumenfluss oder Widerstandszeichen.

VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	Verfügbar ist das gesamte Spektrum der 3D-Analyse (z.B. mittels MIP-, VRT- und MinIP-Rekonstruktionen). Einsatzgebiete sind Gelenk-/Knochendarstellungen bei komplexen Verletzungen, Gefäßuntersuchungen und vielfältige Routine-Darstellung bei zahlreichen CT- und MRT-Untersuchungen genutzt.
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	Prof. Gmeinwieser ist spezialisiert auf die MTR-gezielte Mammabiopsie und Mammamarkierung.
VX00	Besondere Versorgungsschwerpunkte der Radiologischen Fachabteilung	Notfall- u. Tumordiagnostik incl. CT und MR (tgl. 24 h) Diagnostik/Therapie der arteriellen Verschlusskrankheit Rekanalisation von Dialysehunts Lokale Behandlung bösartiger Lebertumore durch Chemoembolisation, HFTT und Mikrowellen CT-gezielte Schmerztherapie chronischer Lumbalgien/Ischialgien
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR40	Spezialsprechstunde	
VR41	Interventionelle Radiologie	
VR44	Teleradiologie	
VR47	Tumorembolisation	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	

VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	Knochendichtemessungen (Osteodensitometrie) werden mittels Niedrig-Dosis-CT am Hüftknochen sowie (wenn erforderlich) an der Wirbelsäule durchgeführt.
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	Moderne SPECT-Untersuchungsverfahren werden in Zusammenarbeit mit Nuklearmedizinern im Klinikum Fürth angewendet.
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	4D-Analysen werden u.a. für spezielle MR-Untersuchungen der Leber (bei Leberherden), der weiblichen Brust (z.B. bei Verdacht auf Brustkrebs), zur Darstellung der Arterien (zeitaufgelöste MR-Angiographie) sowie im Rahmen der Herz-MRT (Herzmuskeldurchblutung) angeboten.
VR16	Phlebographie	

**B-11.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Radiologisches Institut**

**B-11.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

<b>Fallzahlen</b>	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	0
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

**B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Chefarztambulanz Radiologie</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Kommentar</b>	Privatversicherte Patienten können alle unter Schwerpunkte genannten diagnostischen Leistungen (Röntgen, Computertomographie, Kernspintomographie, Mammographie, Durchleuchtungsuntersuchungen und Angiographien) in Anspruch nehmen.
<b>Angebotene Leistung</b>	Arteriographie (VR15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung (VR26)
<b>Angebotene Leistung</b>	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel (VR11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Computertomographie (CT), nativ (VR10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12)
<b>Angebotene Leistung</b>	Interventionelle Radiologie (VR41)
<b>Angebotene Leistung</b>	Kinderradiologie (VR42)
<b>Angebotene Leistung</b>	Knochendichtemessung (alle Verfahren) (VR25)
<b>Angebotene Leistung</b>	Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Lymphographie (VR17)
<b>Angebotene Leistung</b>	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel (VR23)
<b>Angebotene Leistung</b>	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ (VR22)
<b>Angebotene Leistung</b>	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren (VR24)
<b>Angebotene Leistung</b>	Neuroradiologie (VR43)
<b>Angebotene Leistung</b>	Phlebographie (VR16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelf Verfahren (VR09)
<b>Angebotene Leistung</b>	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) (VR07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VR40)
<b>Angebotene Leistung</b>	Teleradiologie (VR44)
<b>Angebotene Leistung</b>	Tumorembolisation (VR47)

**B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

**B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

<b>Zulassung vorhanden</b>	
<b>Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Nein

**B-11.11 Personelle Ausstattung**

**B-11.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

**Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 16,1

**Personal aufgeteilt nach:**

<b>Versorgungsform</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Stationär	16,1	
Ambulant	0	

<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Direkt	16,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

**Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 6,35

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,35	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,35	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ54	Radiologie	<p>Unsere Fachärzte für Radiologie sind spezialisiert auf die Erkennung von Krankheiten mittels Röntgenstrahlen, kernphysikalischer und sonographischer Verfahren sowie die Anwendung interventioneller, minimalinvasiver radiologischer Verfahren insbesondere im Bereich von Gefäß- und Tumorerkrankungen.</p>
AQ44	Nuklearmedizin	<p>Unsere Fachärzte für Nuklearmedizin beherrschen die Anwendung radioaktiver Substanzen und kernphysikalischer Verfahren zur Funktions- und Lokalisationsdiagnostik von Organen, Geweben und Systemen sowie offener Radionuklide in der Behandlung.</p>
AQ23	Innere Medizin	<p>Fachärzte für Innere Medizin beherrschen die Vorbeugung, die (Früh-) Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, sowie der Verdauungsorgane.</p>

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	Die Zusatz-Weiterbildung in der Röntgendiagnostik umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Durchführung und Befundung gebietsbezogener Röntgendiagnostik für Skelett bzw. Thorax, Verdauungs- und Gallenwege, Harntrakt und Geschlechtsorgane sowie der Mamma.
ZF23	Magnetresonanztomographie – fachgebunden –	Die Zusatz-Weiterbildung umfasst eine besondere Spezialisierung in Ergänzung zu einer bereits vorhandenen Facharztkompetenz im Gebiet der Radiologie hinsichtlich Durchführung/Befundung gebietsbezogener Bildgebungsverfahren mittels MRT.

**B-11.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

### **B-11.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

---

## B-12 Schmerztherapeutische Klinik

### B-12.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Schmerztherapeutische Klinik"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	3753
Art	Hauptabteilung

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Ärztliche Leitung
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Robert Crahé
Telefon	0911/7580-9715
Fax	0911/7580-9714
E-Mail	<a href="mailto:robert.crahe@klinikum-fuerth.de">robert.crahe@klinikum-fuerth.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Jakob-Henle-Straße 1	90766 Fürth	<a href="https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Tageskliniken/Schmerztherapeutische_Tagesklinik/">https://klinikum-fuerth.de/Medizin_und_Pflege/Tageskliniken/Schmerztherapeutische_Tagesklinik/</a>

### B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

**B-12.3 Medizinische Leistungsangebote Schmerztherapeutische Klinik**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	Behandlung von chronischen Schmerzen, Gelenk- und Muskelschmerzen, Nervenschmerzen, Schmerzen bei Durchblutungsstörungen, Ganzkörperschmerz und Schmerzen ohne erkennbare Ursache. Hierzu bietet das Klinikum ein umfassendes Therapieprogramm an.
VI40	Schmerztherapie	Behandlung von chronischen Schmerzen, Gelenk- und Muskelschmerzen, Nervenschmerzen, Schmerzen bei Durchblutungsstörungen, Ganzkörperschmerz und Schmerzen ohne erkennbare Ursache. Hierzu bietet das Klinikum ein umfassendes Therapieprogramm an.
VN23	Schmerztherapie	Behandlung von chronischen Schmerzen, Gelenk- und Muskelschmerzen, Nervenschmerzen, Schmerzen bei Durchblutungsstörungen, Ganzkörperschmerz und Schmerzen ohne erkennbare Ursache. Hierzu bietet das Klinikum ein umfassendes Therapieprogramm an.

VU18	Schmerztherapie	Behandlung von chronischen Schmerzen, Gelenk- und Muskelschmerzen, Nervenschmerzen, Schmerzen bei Durchblutungsstörungen, Ganzkörperschmerz und Schmerzen ohne erkennbare Ursache. Hierzu bietet das Klinikum ein umfassendes Therapieprogramm an.
------	-----------------	--

**B-12.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Schmerztherapeutische Klinik**

**B-12.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	376

**B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

**B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

**B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

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

**B-12.11 Personelle Ausstattung**

**B-12.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

**Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 1,19

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,19	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,19	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

**Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 1,19

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,19	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,19	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ01	Anästhesiologie	Unsere Fachärzte für Anästhesiologie beherrschen die Allgemein-, Regional- und Lokalanästhesie einschließlich deren Vor- und Nachbehandlung sowie die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während operativer und diagnostischer Eingriffe.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF30	Palliativmedizin	Die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin umfasst die Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer inkurablen, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung, mit dem Ziel unter Einbeziehung des sozialen Umfelds die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen und sicher zu stellen
ZF28	Notfallmedizin	Die Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin umfasst die Erkennung drohender oder eingetretener Notfallsituationen und die Behandlung von Notfällen sowie die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung akut bedrohter Vitalfunktionen.
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	Die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung und Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und einen selbstständigen Krankheitswert erlangt hat.
ZF15	Intensivmedizin	Die Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Intensivüberwachung und Intensivbehandlung von Patienten, deren Vitalfunktionen oder Organfunktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind.

## B-12.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement

**B-12.11.3      Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische Fachabteilung:                  Nein

---

## B-13 Klinik und Praxis für Strahlenheilkunde

### B-13.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik und Praxis für Strahlenheilkunde"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	3300
Art	Hauptabteilung

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Roland Guttenberger
Telefon	0911/73307-0
Fax	0911/73307-50
E-Mail	<a href="mailto:anja.schaller@strahlentherapie-fuerth.de">anja.schaller@strahlentherapie-fuerth.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Jakob-Henle-Str. 1	90766 Fürth	<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Strahlentherapie/">http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Strahlentherapie/</a>

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

[http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken\\_Zentren/Kliniken\\_Abteilungen/Strahlentherapie/](http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Strahlentherapie/)

### B-13.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

**B-13.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik und Praxis für Strahlenheilkunde**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VX00	Simulation der Bestrahlungspläne am Therapiesimulator	Ein speziell für die Strahlentherapie entwickeltes Gerät, mit dem die geplante Bestrahlung im Vorfeld der Therapie simuliert werden kann. Mit dem Therapiesimulator lassen sich die Bestrahlungsfelder exakt und individuell an jeden Patienten anpassen.
VX00	Bildgeführte Strahlentherapie (IGRT)	Die Position des Tumors wird vor der Bestrahlung bestimmt und bei Positionsänderungen kann die Bestrahlung entsprechend hochpräzise angepasst werden.
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	Bestrahlung durch die Haut bzw. durch das Einbringen einer strahlenden Substanz in den Tumor bzw. in eine Körperhöhle in Tumornähe. Die Strahlenbelastung wird dadurch auf ein Minimum reduziert und der Eingriff ist meist ambulant durchführbar.
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	PC gestützte Simulation einer Bestrahlungsplanung durch die Haut bzw. durch das Einlegen einer strahlenden Substanz (Iridium-192) in den Tumor bzw. in eine Körperhöhle in Tumornähe.
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	Bestrahlung durch das Einlegen einer strahlenden Substanz (Iridium-192) in den Tumor bzw. in eine Körperhöhle in Tumornähe.

VR32	Hochvoltstrahlentherapie	Strahlentherapie mit hochenergetischer Strahlung bei bösartigen Tumoren.
VI38	Palliativmedizin	Ganzheitliche Behandlung bei weit fortgeschrittenen Erkrankungen und einer begrenzten Lebenserwartung, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine heilende Behandlung anspricht. Im Fokus stehen: Beherrschung von Schmerzen, Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen.
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	Individuelle Erstellung und Anpassung von Behandlungshilfen zur Strahlentherapie.
VX00	Intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT)	Die Bestrahlung wird aus vielen verschiedenen Richtungen auf den Tumor konzentriert, was eine Art „Brennglaseffekt“ auslöst: Nur im Zentrum der Bestrahlung, wo sich die Strahlenfelder im Tumor bündeln, wird eine hohe Wirkung erreicht.
VX00	Ambulante und stationäre Radiochemotherapie	Behandlung von Tumoren mittels einer Kombination aus Bestrahlung und Chemotherapie.
VX00	3-Dimensionale-Bestrahlungsplanung (konformale RT)	Vor der Behandlung wird eine Computertomographie des Patienten aufgenommen, und in diesen Bildern legt der behandelnde Strahlentherapeut dann das sogenannte Zielvolumen fest: Präzise, computergestützte Planung der Strahlentherapie.

**B-13.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Klinik und Praxis für Strahlenheilkunde**

**B-13.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

<b>Fallzahlen</b>	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	0
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

**B-13.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-13.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-13.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Ambulante Strahlentherapie</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Belegarztpraxis am Krankenhaus (AM15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie (VR37)
<b>Angebotene Leistung</b>	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie (VR36)
<b>Angebotene Leistung</b>	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden (VR33)
<b>Angebotene Leistung</b>	Hochvoltstrahlentherapie (VR32)
<b>Angebotene Leistung</b>	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie (VR35)
<b>Angebotene Leistung</b>	Oberflächenstrahlentherapie (VR30)
<b>Angebotene Leistung</b>	Radioaktive Moulagen (VR34)

<b>Privatambulanz Chefarzt Dr. med. R. Guttenberger</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie (VR37)
<b>Angebotene Leistung</b>	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie (VR36)
<b>Angebotene Leistung</b>	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden (VR33)
<b>Angebotene Leistung</b>	Hochvoltstrahlentherapie (VR32)
<b>Angebotene Leistung</b>	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie (VR35)
<b>Angebotene Leistung</b>	Oberflächenstrahlentherapie (VR30)
<b>Angebotene Leistung</b>	Radioaktive Moulagen (VR34)

**B-13.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

**B-13.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

<b>Zulassung vorhanden</b>	
<b>Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Nein

**B-13.11 Personelle Ausstattung**

**B-13.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

**Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 1,19

**Personal aufgeteilt nach:**

<b>Versorgungsform</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Stationär	1,19	
Ambulant	0	

<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Direkt	1,19	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

**Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 1,1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ58	Strahlentherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

**B-13.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

### **B-13.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

---

## B-14 Klinik für Thorax-, Gefäß- und Viszeralchirurgie

### B-14.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Thorax-, Gefäß- und Viszeralchirurgie"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art	Hauptabteilung

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Holger Rupprecht
Telefon	0911/7580-1201
Fax	0911/7580-1890
E-Mail	<a href="mailto:chirurgie1@klinikum-fuerth.de">chirurgie1@klinikum-fuerth.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Jakob-Henle-Straße 1	90766 Fürth	<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Chirurgie_Thorax,Gefaess,Viszeral/">http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Chirurgie_Thorax,Gefaess,Viszeral/</a>

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

[http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken\\_Zentren/Kliniken\\_Abteilungen/Chirurgie\\_Thorax,Gefaess,Viszeral/](http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Chirurgie_Thorax,Gefaess,Viszeral/)

### B-14.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

**B-14.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Thorax-, Gefäß- und Viszeralchirurgie**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VD20	Wundheilungsstörungen	
VC71	Notfallmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	
VG05	Endoskopische Operationen	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC63	Amputationschirurgie	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VC21	Endokrine Chirurgie	
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC61	Dialyseshuntchirurgie	
VC11	Lungenchirurgie	
VC59	Mediastinoskopie	
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thorax- &amp; Viszeralchirurgie (CA Prof. Dr. Rupprecht)</li> <li>- Gefäßchirurgie (Ltd. OA Dr. Stadelmaier)</li> <li>- Viszeralchirurgie &amp; Proktologie (OÄ Dr. Lippmann)</li> <li>- Onkologisch-Chirurgische Sprechstunde (OA Henne)</li> <li>- Endokrinologische Sprechstunde (OÄ Frick)</li> <li>- Stomatherapie (Fr. Sussner)</li> </ul>

VC22	Magen-Darm-Chirurgie	
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC62	Portimplantation	
VC24	Tumorchirurgie	

**B-14.4** Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Klinik für Thorax-, Gefäß- und Viszeralchirurgie

**B-14.5** Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	3131
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

**B-14.6** Hauptdiagnosen nach ICD

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-14.7** Durchgeführte Prozeduren nach OPS

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-14.8** Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allgemein- und Viszeralchirurgie	
<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	Die vorbereitenden Untersuchungen und die Beratung vor einer Operation inklusive der Durchführung der chirurgischen und anästhesiologischen OP-Aufklärung erfolgen in der prästationären Sprechstunde.
<b>Angebotene Leistung</b>	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie (VC23)
<b>Angebotene Leistung</b>	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)
<b>Angebotene Leistung</b>	Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VC55)
<b>Angebotene Leistung</b>	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)

### Endokrinologisch-Chirurgische Ambulanz

<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	Schwerpunkt ist die operative Behandlung gut- und bösartiger Schilddrüsenerkrankungen sowie Erkrankungen der Nebenschilddrüse.
<b>Angebotene Leistung</b>	Endokrine Chirurgie (VC21)

### Gefäßchirurgische Ambulanz

<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	Sprechzeiten der Gefäßchirurgischen Ambulanz finden jeden Dienstag nach telefonischer Terminvereinbarung statt. Gefäßchirurgische Notfälle werden rund um die Uhr über die Zentrale Notaufnahme aufgenommen.
<b>Angebotene Leistung</b>	Aortenaneurysmachirurgie (VC16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen (VC19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Dialysehuntchirurgie (VC61)
<b>Angebotene Leistung</b>	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen (VC17)
<b>Angebotene Leistung</b>	Portimplantation (VC62)

### Kolo- Proktologische Sprechstunde

<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	In dieser Sprechstunde werden Erkrankungen wie Analfistel, -fissur, und -ekzeme, Hämorrhoiden, anale Tumore und Divertikulitis behandelt.
<b>Angebotene Leistung</b>	Magen-Darm-Chirurgie (VC22)

### Onkologisch-Chirurgische Ambulanz mit Tumorsprechstunde

<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	Die Tumorsprechstunde findet jeweils Donnerstags nach telefonischer Terminvereinbarung statt. Notfälle können rund um die Uhr über die Zentrale Notaufnahme aufgenommen werden.
<b>Angebotene Leistung</b>	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie (VC23)
<b>Angebotene Leistung</b>	Magen-Darm-Chirurgie (VC22)
<b>Angebotene Leistung</b>	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)
<b>Angebotene Leistung</b>	Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VC55)
<b>Angebotene Leistung</b>	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VC58)
<b>Angebotene Leistung</b>	Tumorchirurgie (VC24)

### Privatsprechstunde Chefarzt Prof. Rupprecht

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Kommentar</b>	Bitte vereinbaren Sie unter 0911 / 7580 1201 einen Termin in der thoraxchirurgisch-viszeralchirurgischen Privatsprechstunde von Herrn Prof. Rupprecht.
<b>Angebotene Leistung</b>	Lungenchirurgie (VC11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Mediastinoskopie (VC59)
<b>Angebotene Leistung</b>	Operationen wegen Thoraxtrauma (VC13)
<b>Angebotene Leistung</b>	Thorakoskopische Eingriffe (VC15)

<b>Wundsprechstunde</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	In unserer Wundsprechstunde werden sämtliche Verfahren zur Behandlung chronischer und schlecht heilender Wunden angeboten. Schwerpunktcompetenz sind moderne Verfahren der Vakuumtherapie.
<b>Angebotene Leistung</b>	Amputationschirurgie (VC63)
<b>Angebotene Leistung</b>	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
<b>Angebotene Leistung</b>	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen (VC18)
<b>Angebotene Leistung</b>	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)
<b>Angebotene Leistung</b>	Septische Knochenchirurgie (VC30)
<b>Angebotene Leistung</b>	Sonstiges (VC00)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VC58)

<b>ZNA (Zentrale Notaufnahme)</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Kommentar</b>	Die Aufnahme chirurgischer Notfallpatienten erfolgt über die Zentrale Notaufnahme des Klinikum Fürth
<b>Angebotene Leistung</b>	Aortenaneurysmachirurgie (VC16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Chirurgische Intensivmedizin (VC67)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
<b>Angebotene Leistung</b>	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)
<b>Angebotene Leistung</b>	Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VC55)
<b>Angebotene Leistung</b>	Notfallmedizin (VC71)
<b>Angebotene Leistung</b>	Operationen wegen Thoraxtrauma (VC13)
<b>Angebotene Leistung</b>	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)

**B-14.9**      **Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

**B-14.10**    **Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

<b>Zulassung vorhanden</b>	
<b>Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Nein

**B-14.11 Personelle Ausstattung**

**B-14.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

**Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 21,49

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,49	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,49	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 145,69567

**Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 9,02

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,02	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,02	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 347,11752

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ07	Gefäßchirurgie	Unsere Gefäßchirurgen beherrschen die konservative, endovaskuläre oder operative Behandlung von Erkrankungen der Blutgefäße, häufig durch Anlegen von Gefäßbypässen bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit oder Protheseneinlage bei Aneurysmen.
AQ13	Viszeralchirurgie	Unsere Fachärzte für Viszeralchirurgie beherrschen die spezialisierte operative Behandlung der Bauch-Organen, d. h. des gesamten Verdauungstraktes einschließlich der Speiseröhre, des Magens, des Dün- und Dickdarmes, des Enddarmes, der Leber, des Pankreas und der Milz.
AQ12	Thoraxchirurgie	Unsere Fachärzte für Thoraxchirurgie beherrschen die Vorbeugung und die Diagnostik, einschließlich der instrumentellen Untersuchungsverfahren, sowie die postoperative Behandlung chirurgischer Erkrankungen und Fehlbildungen der Lunge, der Pleura, des Bronchialsystems sowie des Medias.

AQ06	Allgemeinchirurgie	Unsere Fachärzte für Chirurgie beherrschen die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen.
------	--------------------	--

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	Die Zusatz-Weiterbildung in der Röntgendiagnostik umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Durchführung und Befundung gebietsbezogener Röntgendiagnostik für Skelett bzw. Thorax, Verdauungs- und Gallenwege, Harntrakt und Geschlechtsorgane sowie der Mamma.
ZF34	Proktologie	Die Zusatz-Weiterbildung Proktologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Formveränderungen und funktionellen Störungen des Mastdarms, des Afters und des Kontinenzorgans.
ZF28	Notfallmedizin	Die Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin umfasst die Erkennung drohender oder eingetretener Notfallsituationen und die Behandlung von Notfällen sowie die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung akut bedrohter Vitalfunktionen.

ZF27	Naturheilverfahren	Die Zusatz-Weiterbildung Naturheilverfahren umfasst die Anregung der individuellen körpereigenen Ordnungs- und Heilkräfte durch Anwendung nebenwirkungsarmer oder -freier natürlicher Mittel.
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie	Chefarzt Prof. Rupprecht und alle Oberärzte der Klinik verfügen neben der Chirurgischen Facharztbezeichnung zusätzlich über die Zusatzbezeichnung Spezielle Viszeralchirurgie mit hoher Expertise im Bereich komplexer operativer Eingriffe an allen Organsystemen.

#### B-14.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 71,08

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	71,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	71,08	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 44,04896

#### Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 25,41

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	25,41	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	25,41	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 123,21921

#### Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,02

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,02	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,02	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 1550

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ02	Diplom
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ08	Operationsdienst

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP20	Palliative Care
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP07	Geriatric
ZP08	Kinästhetik

**B-14.11.3      Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische Fachabteilung:                  Nein

---

## B-15 Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

### B-15.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	1600
Art	Hauptabteilung

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Priv.-Doz. Rainer Wölfel
Telefon	0911/7580-1251
Fax	0911/7580-1891
E-Mail	<a href="mailto:rainer.woelfel@klinikum-fuerth.de">rainer.woelfel@klinikum-fuerth.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Jakob-Henle-Str. 1	90766 Fürth	<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Unfallchirurgie_Orthopaedie">http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Unfallchirurgie_Orthopaedie</a>

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

[http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken\\_Zentren/Kliniken\\_Abteilungen/Unfallchirurgie\\_Orthopaedie](http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Unfallchirurgie_Orthopaedie)

### B-15.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

**B-15.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	Die Klinik ist als EndoProthetikZentrum zertifiziert.
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VO19	Schulterchirurgie	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	Die Klinik ist als EndoProthetikZentrum zertifiziert.
VO16	Handchirurgie	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC63	Amputationschirurgie	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VO21	Traumatologie	
VO14	Endoprothetik	Die Klinik ist als EndoProthetikZentrum zertifiziert.
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	

VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO15	Fußchirurgie	
VC58	Spezialsprechstunde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BG- Sprechstunde (Montags &amp; Donnerstags 8 - 10 Uhr)</li> <li>- Kindertraumatologische Sprechstunde (Dienstags 13 - 15 Uhr)</li> <li>- Einbestellsprechstunde (Behandlungsberatung nach Vereinbarung)</li> <li>- Endoprothetiksprechstunde (Mittwochs 13 - 15 Uhr)</li> </ul>
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	Im Bereich der Wirbelsäulen Chirurgie kommen spezielle minimalinvasive Verfahren zur Anwendung.
VC69	Verbrennungschirurgie	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC71	Notfallmedizin	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	

**B-15.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie**

**B-15.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	3785
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

**B-15.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

### B-15.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

### B-15.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<b>BG-Sprechstunde</b>	
<b>Ambulanzart</b>	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)
<b>Kommentar</b>	In der D-Arzt Sprechstunde (jeweils montags und donnerstags von 8:00 bis 10:00 Uhr) werden Patienten nach Arbeits- und Schulunfällen behandelt.
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
<b>Angebotene Leistung</b>	Fußchirurgie (VO15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Handchirurgie (VO16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
<b>Angebotene Leistung</b>	Schulterchirurgie (VO19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Septische Knochenchirurgie (VC30)
<b>Angebotene Leistung</b>	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
<b>Angebotene Leistung</b>	Wirbelsäulenchirurgie (VC65)

<b>Chefarztambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Kommentar</b>	Die Betreuung von Privat- und Wahlleistungspatienten erfolgt in der Chefarztambulanz der Chirurgischen Klinik nach telefonischer Terminvereinbarung (Tel: +49 911 7580 1251)
<b>Angebotene Leistung</b>	Arthroskopische Operationen (VC66)
<b>Angebotene Leistung</b>	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
<b>Angebotene Leistung</b>	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
<b>Angebotene Leistung</b>	Endoprothetik (VO14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Fußchirurgie (VO15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
<b>Angebotene Leistung</b>	Handchirurgie (VO16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
<b>Angebotene Leistung</b>	Notfallmedizin (VC71)
<b>Angebotene Leistung</b>	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe (VC57)

<b>Angebotene Leistung</b>	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18)
<b>Angebotene Leistung</b>	Schulterchirurgie (VO19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Septische Knochenchirurgie (VC30)
<b>Angebotene Leistung</b>	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
<b>Angebotene Leistung</b>	Traumatologie (VO21)
<b>Angebotene Leistung</b>	Wirbelsäulenchirurgie (VC65)

### Einbestellsprechstunde der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	In unserer Einbestellsprechstunde werden Patienten nach Terminvergabe durch niedergelassene Kollegen oder auf eigene Initiative hin über Behandlungsmöglichkeiten im Fachgebiet ausführlich Unfallchirurgie und Orthopädie beraten.
<b>Angebotene Leistung</b>	Amputationschirurgie (VC63)
<b>Angebotene Leistung</b>	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie (VC64)
<b>Angebotene Leistung</b>	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
<b>Angebotene Leistung</b>	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
<b>Angebotene Leistung</b>	Fußchirurgie (VO15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
<b>Angebotene Leistung</b>	Handchirurgie (VO16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
<b>Angebotene Leistung</b>	Notfallmedizin (VC71)
<b>Angebotene Leistung</b>	Schulterchirurgie (VO19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Septische Knochenchirurgie (VC30)

<b>Angebotene Leistung</b>	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
<b>Angebotene Leistung</b>	Wirbelsäulenchirurgie (VC65)

### Endoprothetik-Sprechstunde

<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	In der Endoprothetik-Sprechstunde werden jeweils Mittwochs von 13:00 bis 15:00 Uhr Patienten vor und auch nach operativer Versorgung mit einer Gelenkprothese untersucht und ausführlich beraten.
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien (VO09)
<b>Angebotene Leistung</b>	Endoprothetik (VO14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
<b>Angebotene Leistung</b>	Schulterchirurgie (VO19)

<b>Kindertraumatologische Sprechstunde</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	In unserer kindertraumatologischen Sprechstunde (jeweils Dienstags von 13:00 bis 15:00 Uhr) werden Kinder, die nach Unfällen bei uns oder in anderen Einrichtungen operiert wurden, engmaschig nachbetreut.
<b>Angebotene Leistung</b>	Arthroskopische Operationen (VC66)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
<b>Angebotene Leistung</b>	Kindertraumatologie (VK32)
<b>Angebotene Leistung</b>	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
<b>Angebotene Leistung</b>	Notfallmedizin (VC71)
<b>Angebotene Leistung</b>	Schulterchirurgie (VO19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Septische Knochenchirurgie (VC30)
<b>Angebotene Leistung</b>	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)

<b>ZNA ( Zentrale Notaufnahme)</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Kommentar</b>	In der ZNA steht 24 Stunden am Tag und 7 Tage in der Woche ein interprofessionelles Team zur Erst- und Notfallversorgung von Verletzungen zur Verfügung. Das Klinikum ist als Mitglied des mittlerweile rezertifizierten Taumanetzwertes MITTELFRANKEN als regionales Traumzentrum zertifiziert.
<b>Angebotene Leistung</b>	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
<b>Angebotene Leistung</b>	Behandlung von Dekubitalgeschwüren (VC29)
<b>Angebotene Leistung</b>	Chirurgische Intensivmedizin (VC67)
<b>Angebotene Leistung</b>	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen (VC53)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
<b>Angebotene Leistung</b>	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)
<b>Angebotene Leistung</b>	Notfallmedizin (VC71)
<b>Angebotene Leistung</b>	Septische Knochenchirurgie (VC30)
<b>Angebotene Leistung</b>	Sportmedizin/Sporttraumatologie (VO20)
<b>Angebotene Leistung</b>	Traumatologie (VO21)

**B-15.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

**B-15.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

<b>Zulassung vorhanden</b>	
<b>Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Ja
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Ja

**B-15.11 Personelle Ausstattung**

**B-15.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

**Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 25,11

**Personal aufgeteilt nach:**

<b>Versorgungsform</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Stationär	25,11	
Ambulant	0	

<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Direkt	25,11	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 150,73676

**Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 9,29

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,29	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 407,42734

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	Unsere Fachärzte für Unfallchirurgie und Orthopädie sind spezialisiert auf die Vorbeugung und Erkennung sowie die operativen und konservativen Behandlungsverfahren inklusive der Nachsorge und Rehabilitation von Verletzungen und deren Folgezuständen.
AQ06	Allgemeinchirurgie	Unsere Fachärzte für Chirurgie beherrschen die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie von angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	Die Zusatz-Weiterbildung in der fachgebundenen Röntgendiagnostik umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Durchführung und Befundung gebietsbezogener Röntgendiagnostik für Skelett bzw. Thorax, Verdauungs- und Gallenwege, Harntrakt und Geschlechtsorgane, der Mamma sowie des Gefäßsystems.
ZF28	Notfallmedizin	Die Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin umfasst die Erkennung drohender oder eingetretener Notfallsituationen und die Behandlung von Notfällen sowie die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung akut bedrohter Vitalfunktionen.
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	Die Zusatz-Weiterbildung Physikalische Therapie und Balneologie umfasst die Anwendung physikalischer Faktoren, balneologischer Heilmittel und therapeutischer Klimafaktoren in Prävention, Therapie und Rehabilitation.

ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	Unsere ärztlichen Qualitätsmanager verfügen über spezielle Expertise in der Moderation von Qualitätsprozessen, der Evaluation von Qualitätssicherungsverfahren, der Implementierung medizinischer Leitlinien und gewährleisten durch systematisches Risikomanagement größtmögliche Patientensicherheit.
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	

### B-15.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 63,12

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	63,12	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	63,12	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 59,96515

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 22,56

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,56	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,56	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 167,77482

**Medizinische Fachangestellte**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 1,8

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 2102,77778

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP07	Geriatric
ZP08	Kinästhetik
ZP18	Dekubitusmanagement

### B-15.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

## B-16 Klinik für Urologie und Kinderurologie

### B-16.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Klinik für Urologie und Kinderurologie"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	2200
Art	Hauptabteilung

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Andreas Blana
Telefon	0911/7580-1351
Fax	0911/7580-1897
E-Mail	<a href="mailto:andreas.blana@klinikum-fuerth.de">andreas.blana@klinikum-fuerth.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Jakob-Henle-Straße 1	90766 Fürth	<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Urologie">http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Urologie</a>

Weitere Informationen bekommen Sie hier:

[http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken\\_Zentren/Kliniken\\_Abteilungen/Urologie](http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Kliniken_Abteilungen/Urologie)

### B-16.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

**B-16.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Urologie und Kinderurologie**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VU00	Inkontinenzchirurgie beim Mann (Bandschlingenverfahren, artefizieller Sphinkter)	Nach einer genauen Diagnostik ergibt sich, welche Untersuchungen wir zur Behandlung durchführen. Hierfür sind wir ausgestattet mit Instrumenten zur Ultraschalluntersuchung, Blasenspiegelung (auch flexibel) und Funktionsprüfung der Harnblase (Blasendruckmessung).
VU00	Therapie des Prostatakarzinoms mit hochintensivem fokussierten Ultraschall (HIFU)	Herr Chefarzt Prof. Dr. med. Blana gehört zu den führenden Experten dieses modernen und innovativen Therapieverfahrens zur Behandlung bösartiger Prostataerkrankungen, bei dem die Zerstörung von Prostatakrebszellen durch die Wärmeeinwirkung eines fokussierten Ultraschallsignals erfolgt.
VU00	Lasertherapie bei gutartiger Prostatavergrößerung	Am Klinikum Fürth wird Laserbehandlung mit RevoLix-Laser angeboten. Die Prostata kann so auf schonende Weise und ohne größere Blutung operiert werden. Zudem ist eine Abtragung von Prostatagewebe über die Harnröhre mittels Transurethraler Elektro-Resektion der Prostata möglich.

VU00	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)	Die Steinertrümmerung mit Ultraschall (ESWL) kann meist ohne Vollnarkose durchgeführt werden. Dabei wird der Stein durch Ultraschall oder Röntgen geortet und mit hochenergetischem Ultraschall im Körper zertrümmert. Die kleinen Steinfragmente werden dann mit dem Urin ausgespült.
VU00	Diagnostik des Prostatakarzinoms mit Elastographie	Neben der herkömmlichen Prostata-Biopsie durch den After in lokaler Betäubung bieten wir die elastographisch-gesteuerte Prostata-Biopsie an. Durch die Elastographie können die unterschiedlichen Areale der Prostata farblich differenziert und somit gezielter Gewebeproben entnommen werden.
VU18	Schmerztherapie	
VU00	Andrologie	Unsere diagnostischen und therapeutischen Angebote auf dem Gebiet der Andrologie (Störungen der Fortpflanzungsfunktionen des Mannes) umfassen Hormonstörungen (v.a. bei alternden Männern), Erektionsstörungen (Impotenz) und Störungen der Zeugungsfähigkeit des Mannes (Infertilität).

VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	Unser Behandlungsspektrum umfasst die Hodentumor Chirurgie ebenso wie die Operative Behandlung der Penisverkrümmung und die Beschneidung bei Vorhautverengung. Es werden Krampfadern am Samenstrang, Plaquebildung der Schwellkörper und Wasserbruch sowie Nebenhodenzysten therapiert.
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	Stationäre Durchführung von Chemotherapien.
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	Neben den konservativen Therapieverfahren bieten wir das gesamte operative Spektrum zur Behandlung von Nierensteinleiden an. Für die Eingriffe steht uns eine hochmoderne Ausstattung mit HDTV-Endoskopie, ESWL sowie auch ein Holmiumlaser oder Lithoklast zur Steindesintegration zur Verfügung.
VU08	Kinderurologie	Auch die Jüngsten werden in unserer Klinik urologisch behandelt. Zu unseren Leistungen gehören u. a. Beschneidung, Behandlung von Hodenhochstand, Korrektur von Fehlbildungen, Diagnostik und Therapie bei Bettnässen (Enuresis).

VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	Wir führen sämtliche endoskopischen Operationsverfahren an Harnröhre, Prostata und Harnblase (z.B. TU-Abtragung, Botox, etc.) durch.
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Die minimal-invasive Prostataentfernung durch Schlüssellochchirurgie mittels modernster 3-D-Kameratechnik stellt das Standardverfahren am Klinikum Fürth dar. Mit mehr als 1000 minimal-invasiven Operationen (auch an Niere und Harnblase) verfügen wir auf dem Gebiet über eine ausgesprochene Expertise.
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	Am Klinikum Fürth wird das gesamte Spektrum moderner OP-Verfahren angeboten. Neben Harnleiterneuimplantationen sowie der Wiederherstellung des Harnleiters mit Dünndarmersatz zählen insbesondere auch Eingriffe zur Korrektur eines Rückflusses von Harn in die oberen Harnwege zu unseren Kompetenzen.

VU14	Spezialsprechstunde	Neben der allgemeinen Sprechstunde für Prostatakrebspatienten im Prostatakrebszentrums bieten wir eine Sprechstunde bei Therapiewunsch „HIFU“ an. Die kinderurologische Sprechstunde erfolgt in Kooperation mit den Pädiatern. Die Uro-Gynäkologische Sprechstunde in Kooperation mit der Gynäkologie.
VU09	Neuro-Urologie	Die Abklärung und Therapie von neurologisch bedingten Blasenentleerungsstörungen erfolgt interdisziplinär mit der Klinik für Gynäkologie und der Neurologischen Klinik am Klinikum Fürth.
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	Unsere Kompetenzen umfassen insbesondere Operationen in Schlüssellochtechnik, wie z.B. Laparoskopische Nierenteilresektionen, Nierenentfernung und Nierenbeckenplastik, aber auch die offene Nierenentfernung selbst bei fortgeschrittenem Krankheitsstadium und bei Beteiligung der unteren Hohlvene.

VU17	Prostatazentrum	Wir bieten Ihnen in unserem DKG-zertifizierten Prostatakarzinomzentrum alle modernen Formen der Prostatakrebstherapie auf höchstem medizinischem Niveau. Das Prostatakarzinomzentrum dient dazu, den Standard der medizinischen Versorgung zum Wohl unserer Patienten kontinuierlich zu verbessern.
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	Neben der Uroflowmetrie und der 3-Kanal-Blasendruckmessung mit EMG werden sonographische Untersuchungen (einschl. transrektaler Untersuchungen und Farbdoppler) sowie die komplette urologische Röntgendiagnostik einschl. Durchleuchtung.(MCU, retrograde Harnleiterdarstellung, Cavernosogramm) angeboten.
VG16	Urogynäkologie	Die Behandlung der weiblichen Inkontinenz erfolgt mittels Bandeinklebung (TOT) und/oder Netzeinklebung (in Kooperation mit der Gynäkologie). Die operative Korrektur von Harnblasen-Scheiden-Fisteln wird transvaginal oder abdominal durchgeführt.

VU13	Tumorchirurgie	In unserer Klinik können alle Tumoren der Niere, der ableitenden Harnwege, der Harnblase, des hinteren Bauchraumes und des äußeren Genitales des Mannes operativ auf dem neuesten Stand behandelt werden. Im überwiegenden Teil erfolgen diese Eingriffe minimal invasiv (Laparoskopie).
VU00	MRT-TRUS Fusionsbiopsie der Prostata	Mit der Fusionsbiopsie ist es möglich, gezielt Areale, die im multiparametrischen MRT auffällig sind, zu biopsieren und somit eine bessere Aussagekraft über das Vorhandensein und die Aggressivität eines Prostatakarzinoms zu erlangen.
VX00	Ambulante und stationäre Radiochemotherapie	

**B-16.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Klinik für Urologie und Kinderurologie**

**B-16.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	2597
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

**B-16.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-16.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-16.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Chefarztambulanz Urologie</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Kommentar</b>	Die Behandlung von Privat- und Wahlleistungspatienten erfolgt durch den Chefarzt und umfasst das gesamte Spektrum urologischer Erkrankungen.
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz (VU02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems (VU07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Kinderurologie (VU08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VU12)
<b>Angebotene Leistung</b>	Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VU11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Neuro-Urologie (VU09)
<b>Angebotene Leistung</b>	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase (VU10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Prostatazentrum (VU17)
<b>Angebotene Leistung</b>	Tumorchirurgie (VU13)
<b>Angebotene Leistung</b>	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik (VU19)

<b>Inkontinenzsprechstunde</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Kommentar</b>	Die Diagnostik und Planung der Therapie der männlichen und weiblichen Harninkontinenz erfolgt in enger Kooperation mit der Frauenklinik.
<b>Angebotene Leistung</b>	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase (VU10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik (VU19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Urogynäkologie (VG16)

<b>Kinderurologie</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Kommentar</b>	Die Diagnostik und Planung der Therapie kinderurologischer Erkrankungsbilder erfolgt in enger Kooperation mit der Kinderklinik.
<b>Angebotene Leistung</b>	Kinderurologie (VU08)

**B-16.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

**B-16.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

<b>Zulassung vorhanden</b>	
<b>Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Nein

**B-16.11 Personelle Ausstattung**

**B-16.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

**Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 12,65

**Personal aufgeteilt nach:**

<b>Versorgungsform</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Stationär	12,65	
Ambulant	0	

<b>Beschäftigungsverhältnis</b>	<b>Anzahl Vollkräfte</b>	<b>Kommentar</b>
Direkt	12,65	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 205,29644

**Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 8,1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 320,61728

**Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: - (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ60	Urologie	<p>Unsere Fachärzte beherrschen die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen, Funktionsstörungen, Fehlbildungen und Verletzungen des männlichen Urogenitalsystems und der weiblichen Harnorgane und die Proktologie. Es besteht die volle Weiterbildungsberechtigung.</p>

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar
ZF04	Andrologie	Die Zusatz-Weiterbildung Andrologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation von männlichen Fertilitätsstörungen einschließlich partnerschaftlicher Störungen.
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	Die Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumortherapie umfasst die Indikationsstellung, Durchführung und Überwachung der zytostatischen, immunmodulatorischen, antihormonellen sowie supportiven Therapie bei soliden Tumorerkrankungen des Gebietes einschließlich der Beherrschung von Komplikationen

**B-16.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 33,28

Kommentar: Nach einer dreijährigen Ausbildung an einer staatlich anerkannten Gesundheits- und Krankenpflegeschule und erfolgreichem Ablegen einer staatlichen Prüfung übernehmen unsere Gesundheits- und

Krankenpfleger eigenständig die Pflege, Beobachtung, Betreuung und Beratung von Patienten.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	33,28	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	33,28	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 78,03486

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 11,89

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,89	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,89	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 218,41884

**Medizinische Fachangestellte**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0,95

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,95	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,95	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 2733,68421

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ11	Pflege in der Nephrologie
PQ08	Operationsdienst
PQ07	Pflege in der Onkologie

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP16	Wundmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement

**B-16.11.3**      **Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische Fachabteilung:                      Nein

---

## B-17 Zentrale Notaufnahme

### B-17.1 Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung "Zentrale Notaufnahme"

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilungsschlüssel	3790
Art	Hauptabteilung

#### Chefärzte/-ärztinnen

Chefarzt/Chefärztin	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Harald Dormann
Telefon	0911/7580-2810
Fax	0911/7580-2812
E-Mail	<a href="mailto:zna@klinikum-fuerth.de">zna@klinikum-fuerth.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Jakob-Henle-Straße 1	90766 Fürth	<a href="http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Zentrale_Notaufnahme/">http://www.klinikum-fuerth.de/Kliniken_Zentren/Zentrale_Notaufnahme/</a>

### B-17.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

**B-17.3 Medizinische Leistungsangebote Zentrale Notaufnahme**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar
VC71	Notfallmedizin	
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VX00	Arzneimitteltherapiesicherheit	Aktive Teilnahmen an Versorgungsforschungsprojekten ausgelobt durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und dem Bayerischen Wirtschaftsministerium sowie dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	

VI20	Intensivmedizin	Die Weiterbildung für den Ärztlichen Dienst im Bereich der Intensivmedizin über 12 Monate (BLAEK) ist in der Zentralen Notaufnahme möglich. Zusätzlich beteiligt sich die Abteilung aktiv am Deutschen Reanimationsregister.
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VX00	Notfallsonographie (FAST, FATE)	
VX00	Delirtherapie (z.B. im Rahmen akuter Rauschzustände)	
VR02	Native Sonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VX00	Spezielle Pharmakotherapie	
VN24	Stroke Unit	
VO21	Traumatologie	Zertifiziert als regionales Traumazentrum, Teilnahme am Traumaregister und Mitglied im Traumanetzwerk Mittelfranken.
VX00	Beatmungstherapie (Invasive und Nicht-invasive Beatmungsverfahren)	Die Zentrale Notaufnahme ist Vorreiter im Bereich der Nicht-invasiven Beatmung (Atemunterstützung oder Beatmung ohne Verwendung eines invasiven Beatmungszugangs, z.B. Endotrachealtubus oder Trachealkanüle) hat hier eine besondere Expertise, die sie u.a. in überregionalen Fortbildungen weitergibt.

**B-17.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit Zentrale Notaufnahme**

**B-17.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

<b>Fallzahlen</b>	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	3410
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

**B-17.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

[Zugehörige ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-17.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

[Zugehörige OPS-Ziffern mit Fallzahlen sind im Anhang aufgeführt.](#)

**B-17.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Chefarztambulanz ZNA</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Kommentar</b>	Versorgung von Notfallpatienten, ggf. Weiterverlegung in interne / externe Fachabteilungen.
<b>Angebotene Leistung</b>	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis (VI29)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Allergien (VI22)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen (VI25)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)

<b>Zentrale Notaufnahme</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Kommentar</b>	Versorgung sämtlicher Notfallpatienten aller Fachgebiete, ggf. mit Weiterverlegung in interne / externe Fachabteilungen.
<b>Angebotene Leistung</b>	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis (VI29)
<b>Angebotene Leistung</b>	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (VI43)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Allergien (VI22)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen (VI08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen (VI25)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)

<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Intensivmedizin (VI20)
<b>Angebotene Leistung</b>	Schmerztherapie (VI40)

### ZNA-MAS / SAS

<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	Vor- und Nachstationäre Versorgung über die ZNA-Abteilungen "Medizinische Aufnahme" und "Subakut-Station".

### B-17.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

### B-17.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

#### Zulassung vorhanden

<b>Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Nein

### B-17.11 Personelle Ausstattung

#### B-17.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 20,76

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20,76	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	20,76	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 164,25819

**Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen**

Anzahl Vollkräfte: 9,93

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,93	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,93	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 343,40383

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	Unsere Fachärzte für Innere Medizin im Schwerpunkt Gastroenterologie sind Spezialisten im Bereich der Diagnostik, Therapie und Prävention von Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts sowie der mit diesem Trakt verbundenen Organe Leber, Gallenblase und Bauchspeicheldrüse.
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ23	Innere Medizin	Unsere Fachärzte für Innere Medizin beherrschen die Vorbeugung, die (Früh-) Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen/Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs sowie der Verdauungsorgane.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

**B-17.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 38,5 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 30,54

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	30,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	30,54	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 111,65684

**Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen**

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 5,52

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,52	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,52	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 617,75362

### Medizinische Fachangestellte

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 8

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 426,25

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ20	Praxisanleitung
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ12	Pflege in der Notfallmedizin

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP01	Basale Stimulation
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP29	Stroke Unit Care
ZP24	Deeskalationstraining
ZP22	Atmungstherapie

**B-17.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische Fachabteilung:                      Nein

---

**C**                    **Qualitätssicherung**

**C-1**                    **Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §  
137 SGB V**

**C-1.1.[1]**            **Erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate für: [- (vgl. Hinweis auf Seite  
3)]**

-                    (vgl. Hinweis auf Seite 3)

**C-1.2.[1]**

**Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: [- (vgl. Hinweis auf Seite 3)]**

**I. Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt**

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

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b> <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</b> <b>54028</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
<b>Ergebnis</b>	0
<b>Bewertung durch Strukturierten Dialog</b>	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 72
<b>Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr</b>	unverändert
<b>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</b>	unverändert
<b>Bundesdurchschnitt</b>	0,72
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,4 (Toleranzbereich)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,67 - 0,76
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 7,69

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des</b> <b>Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b> <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O</b> <b>/ E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</b> <b>54028</b>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Beweglichkeit bei Entlassung</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54026</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	95,89
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	70 / 73
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	92,03%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 80,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,90 - 92,16%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,60 - 98,59%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Perioperative Antibiotikaphylaxe</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54023</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	84 / 84
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	99,75%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,73 - 99,77%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,63 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54022</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	10 / 10
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	91,02%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 86,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	90,60 - 91,43%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	72,25 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zur Schlittenprothese</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54021</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	94,25%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0% (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,91 - 94,57%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54020</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	71 / 71
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	97,43%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,34 - 97,51%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,87 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b> <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</b> <b>54012</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
<b>Ergebnis</b>	0,96
<b>Bewertung durch Strukturierten Dialog</b>	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
<b>Zähler / Nenner</b>	20 / 195
<b>Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr</b>	unverändert
<b>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</b>	unverändert
<b>Bundesdurchschnitt</b>	0,91
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,1 (Toleranzbereich)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,89 - 0,93
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,63 - 1,44

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b> <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</b> <b>54012</b>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b> <b>Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit</b> <b>54013</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wird für alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesenimplantation die jeweils erwartete Sterbewahrscheinlichkeit berechnet. Unter den verstorbenen Patientinnen und Patienten werden die 10 % mit der geringsten Sterbewahrscheinlichkeit ermittelt und als Patientinnen und Patienten mit „geringer Sterbewahrscheinlichkeit“ festgelegt. Dieser Indikator bezieht sich ausschließlich auf Todesfälle bei diesen Patientinnen und Patienten mit „geringer Sterbewahrscheinlichkeit“. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 133
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	0,2%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,18 - 0,22%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,81%

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54013</b>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Kennzahl-ID	
<b>Hüftendoprothesenversorgung</b> <b>Beweglichkeit bei Entlassung</b>	
<b>54010</b>	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	100 / 100
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	97,98%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,91 - 98,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,30 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Kennzahl-ID	54120
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	18,52
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	5 / 27
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	10,19%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 23,9% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,83 - 10,56%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	8,18 - 36,70%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b> <b>Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</b> <b>54019</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>Ergebnis (%)</b>	4
<b>Bewertung durch Strukturierten Dialog</b>	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
<b>Zähler / Nenner</b>	4 / 100
<b>Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</b>	unverändert
<b>Bundesdurchschnitt</b>	2,37%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 8,0% (Toleranzbereich)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,30 - 2,44%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	1,57 - 9,84%
<b>Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle</b>	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
<b>Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses</b>	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Kennzahl-ID	54018
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	7,24
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	11 / 152
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	4,42%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,6% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,26 - 4,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	4,09 - 12,49%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54017</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	14,81
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	4 / 27
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	6,16%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 19,2% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,87 - 6,46%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	5,92 - 32,48%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54016</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	1,77%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 6,3\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,71 - 1,83%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54015</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	14,47
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	22 / 152
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	11,53%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 25,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	11,27 - 11,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	9,76 - 20,94%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Kennzahl-ID	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	279 / 279
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	99,79%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,77 - 99,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,64 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Kennzahl-ID	
<b>Hüftendoprothesenversorgung</b> <b>Sturzprophylaxe</b>	
<b>54004</b>	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
Ergebnis (%)	99,13
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	228 / 230
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	92,87%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 80,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,75 - 92,99%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,89 - 99,76%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54003</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	17,76
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit (H20)
Zähler / Nenner	27 / 152
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	17,46%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 15,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	17,15 - 17,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	12,50 - 24,61%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54002</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	27 / 27
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	93,02%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 86,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,71 - 93,32%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,54 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54001</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	99 / 99
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	96,54%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,45 - 96,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,26 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen während des akut-stationären Aufenthaltes</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54046</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis	0,99
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	9 / 170
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen während des akut-stationären Aufenthaltes</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54046</b>
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,98
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,0 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,53 - 1,82
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54042</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis	1,4
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	17 / 170
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54042</b>
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,95
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,2 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 0,98
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,89 - 2,16
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54040</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis	2,3
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	5 / 170
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54040</b>
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,87
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,7 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 0,95
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,99 - 5,24
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54038</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54038</b>
Bundesdurchschnitt	0,92
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,1 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54036</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
Ergebnis	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 170
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54036</b>
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,83
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,3 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,76 - 0,91
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,71
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54033</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis	0,69
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	15 / 116
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	1
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,3$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,42 - 1,07

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54033</b>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	
<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b> <b>Perioperative Antibiotikaphylaxe</b> <b>54031</b>	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	99,41
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	169 / 170
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	99,52%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,47 - 99,58%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,74 - 99,90%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54030</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	14,12
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	24 / 170
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	19,66%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	19,34 - 19,98%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	9,67 - 20,15%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52535</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	24,3%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	20,33 - 28,77%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Kennzahl-ID	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p><b>Herzschrittmacher-Implantation</b> <b>Systeme 3. Wahl</b></p> <p><b>54143</b></p> <p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 136
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	0,84%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,77 - 0,91%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,75%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)



Leistungsbereich Bezeichnung des Qualitätsindikators	
<b>Herzschrittmacher-Implantation</b> <b>Leitlinienkonforme Systemwahl</b>	
<b>Kennzahl-ID</b> <b>54140</b>	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.            Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	136 / 136
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	96,9%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,77 - 97,03%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,25 - 100,00%

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Leitlinienkonforme Systemwahl</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54140</b>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52330</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	48 / 48
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	98,52%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,34 - 98,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,59 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/- Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff
Kennzahl-ID	52328
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	3,43%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 8,6% (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,25 - 3,61%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich Bezeichnung des Qualitätsindikators	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation Sondendislokation oder -dysfunktion
Kennzahl-ID	52325
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 47
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,71%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,62 - 0,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 7,56%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52324</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 4
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,61%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,45 - 0,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 48,99%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52321</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Ergebnis (%)	105,41
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	39 / 37

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52321</b>
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	98,24%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,13 - 98,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b> <b>Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen</b> <b>52316</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Ergebnis (%)	95,6
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	152 / 159
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	95,64%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,51 - 95,77%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,19 - 97,85%

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52316</b>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52315</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 8
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,98%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,78 - 1,22%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 32,44%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Kennzahl-ID	52311
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	2,86
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	4 / 140
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	1,32%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,24 - 1,40%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,12 - 7,12%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52307</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	161 / 161
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	97,03%
Referenzbereich (bundesweit)	<b>&gt;= 95,0% (Toleranzbereich)</b>

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52307</b>
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,91 - 97,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,67 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Kennzahl-ID	52305
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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Ergebnis (%)	96,18
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	503 / 523
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	95,5%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,42 - 95,57%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,17 - 97,51%

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52305</b>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
Kennzahl-ID	52283
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	3,02
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	6 / 199
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	3,12%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,8% (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,02 - 3,23%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,39 - 6,42%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52279</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	94,83
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit (H20)
Zähler / Nenner	110 / 116
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	90,71%
Referenzbereich (bundesweit)	<b><math>\geq 95,0\%</math> (Zielbereich)</b>
Vertrauensbereich (bundesweit)	90,32 - 91,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,17 - 97,61%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden
Kennzahl-ID	52273
Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis	0,85
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
Zähler / Nenner	26 / 210
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,59 - 1,21

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Mammachirurgie</b> <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden</b> <b>52273</b>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	HER2-Positivitätsrate
Kennzahl-ID	52268
Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Dies wird in dem Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden“ berücksichtigt.
Ergebnis (%)	12,38
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
Zähler / Nenner	26 / 210
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	13,62%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	13,36 - 13,89%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	8,59 - 17,52%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Geburtshilfe</b> <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten</b> <b>52249</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>Ergebnis</b>	1,07
<b>Bewertung durch Strukturierten Dialog</b>	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
<b>Zähler / Nenner</b>	669 / 2241
<b>Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</b>	unverändert
<b>Bundesdurchschnitt</b>	0,99

Leistungsbereich	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten
Kennzahl-ID	52249
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,3 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 0,99
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,00 - 1,14
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offenchirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronärer Bypassoperation</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52240</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind (N01)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	6,46%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,18 - 9,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51907</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	18,75
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	6 / 32
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	15,08%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 28,5% (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	14,54 - 15,64%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	8,89 - 35,31%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b> <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation</b> <b>51906</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>Ergebnis</b>	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
<b>Bewertung durch Strukturierten Dialog</b>	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
<b>Zähler / Nenner</b>	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
<b>Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</b>	unverändert

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51906</b>
Bundesdurchschnitt	0,94
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,4 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<p><b>Leistungsbereich</b></p> <p><b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b></p> <p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>Karotis-Revaskularisation</b></p> <p><b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt</b></p> <p><b>51873</b></p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<p>Ergebnis</p>	<p>0</p>

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51873</b>
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 4
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	0,9
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,9$ (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,79 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 7,86
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51865</b>

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

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51865</b>
Ergebnis	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 4
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	0,89
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,2 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,77 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 17,66
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Kennzahl-ID	
<b>Neonatologie</b> <b>Aufnahmetemperatur nicht angegeben</b> <b>51845</b>	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	1,01
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	4 / 397
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	1,37%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 6,2\%$ (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,31 - 1,45%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,39 - 2,56%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Kennzahl-ID	51831
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 156
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51831</b>
Bundesdurchschnitt	1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,0 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,12
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,82
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51418</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 162
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,38%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,33 - 0,43%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,32%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>  <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>  <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>  <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen</b>  <b>51404</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>Ergebnis</b>	0
<b>Bewertung durch Strukturierten Dialog</b>	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
<b>Zähler / Nenner</b>	0 / 23
<b>Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</b>	unverändert

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51404</b>
Bundesdurchschnitt	1,31
Referenzbereich (bundesweit)	<= 9,0 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,14 - 1,52
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 14,79
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Kennzahl-ID	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 34
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,19%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,14 - 0,27%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 10,15%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
Kennzahl-ID	51370
Fachlicher Hinweis IQTIG	Da eine Brustkrebsoperation keinen Notfall darstellt, ist Betroffenen ausreichend Zeit einzuräumen, um sich über die Krankheit und das entsprechende Behandlungskonzept zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess aktiv zu beteiligen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	4,44
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	8 / 180
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	6,33%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 24,1% (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	6,14 - 6,53%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,27 - 8,52%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Kennzahl-ID	
<b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b> <b>Chirurgische Komplikationen</b>	
<b>1096</b>	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 34
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,12%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 1,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,08 - 0,19%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 10,15%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Chirurgische Komplikationen
Kennzahl-ID	1089
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 23
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,72%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,58 - 0,89%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 14,31%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Kennzahl-ID	
<b>Herzschríttmacher-Aggregatwechsel</b> <b>Eingriffsdauer bis 45 Minuten</b>	
<b>210</b>	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
Ergebnis (%)	91,18
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	31 / 34
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	94,62%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 60,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,28 - 94,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	77,04 - 96,95%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer
Kennzahl-ID	52129
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	63,83
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	30 / 47
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	88,49%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 60,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,11 - 88,86%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	49,54 - 76,03%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer
Kennzahl-ID	52128
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	77,86
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	109 / 140
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	86,95%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 60,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	86,71 - 87,18%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	70,29 - 83,94%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Kennzahl-ID	52010
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt (A42)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	0,01%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52009</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
Ergebnis	1,3
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	184 / 34844
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52009</b>
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,95
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,9 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 0,96
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,13 - 1,50
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/- Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Infektion als Indikation zum Folgeeingriff
Kennzahl-ID	52002
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,58%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,5% (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,51 - 0,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)



Leistungsbereich	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators	<b>Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff</b>
Kennzahl-ID	<b>52001</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	3,43%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 6,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,26 - 3,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)



<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51901</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Frühgeburlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008). Für Frühgeborene zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick, Welch et al. 2004; Heller 2008; AQUA 2011). Um diesem Problem entgegen zu wirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>. AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2013): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung. Stand: 18.03.2013. Göttingen: AQUA. Signatur: 13-SQG-005. URL: <a href="https://sqq.de/downloads/Themen/Strukturierter_Qualitaetsbericht/2012/QI-Pruefung_Bericht_2012.pdf">https://sqq.de/downloads/Themen/Strukturierter_Qualitaetsbericht/2012/QI-Pruefung_Bericht_2012.pdf</a>. Dimick, JB; Welch, HG; Birkmeyer, JD (2004): Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size. JAMA – Journal of the American Medical Association 292(7): 847-51. DOI: 10.1001/jama.292.7.847. Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0. Swamy, GK; Østbye, T; Skjærven, R (2008): Association of preterm birth with long-term survival, reproduction, and next-generation preterm birth. JAMA – Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429.</p>
Ergebnis	1,03
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	7 / 33

Leistungsbereich	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
Kennzahl-ID	51901
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,89
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,9 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 0,94
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,52 - 1,83
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Kennzahl-ID	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	98,97
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	96 / 97
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	95,44%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,21 - 95,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,39 - 99,82%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	
<b>Mammachirurgie</b> <b>Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung</b> <b>51846</b>	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	99,56
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	228 / 229
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	96,34%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,21 - 96,48%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,57 - 99,92%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an nekrotisierenden Enterokolitiden (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51843</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
Zähler / Nenner	0 / 33
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	0,97
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an nekrotisierenden Enterokolitiden (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51843</b>
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 1,15
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 6,52
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51838</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
Zähler / Nenner	0 / 33
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	1,16%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,38%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 10,43%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51837</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	1,03
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 1,12

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>	
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51837</b>	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	-	(vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	-	(vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	-	(vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51832</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	4,15%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,79 - 4,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
Kennzahl-ID	51803
Fachlicher Hinweis IQTIG	In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis	0,34
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	5 / 8239
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,97
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,2 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 0,99
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,15 - 0,80
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51443</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	99,41%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,95 - 99,67%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51437</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	97,63%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,03 - 98,11%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Geburtshilfe</b> <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung</b> <b>51397</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>Ergebnis</b>	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
<b>Bewertung durch Strukturierten Dialog</b>	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
<b>Zähler / Nenner</b>	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
<b>Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Leistungsbereich	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Kennzahl-ID	<b>51397</b>
Bundesdurchschnitt	1,01
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>  <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>  <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>  <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen</b>  <b>51196</b>
<b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>Ergebnis</b>	<b>0</b>
<b>Bewertung durch Strukturierten Dialog</b>	<b>Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)</b>
<b>Zähler / Nenner</b>	<b>0 / 5</b>
<b>Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr</b>	<b>eingeschränkt/nicht vergleichbar</b>
<b>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</b>	<b>unverändert</b>

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Revision/- Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51196</b>
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,8 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 1,15
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 42,51
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b> <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen</b> <b>51191</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>Ergebnis</b>	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
<b>Bewertung durch Strukturierten Dialog</b>	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
<b>Zähler / Nenner</b>	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
<b>Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</b>	unverändert
<b>Bundesdurchschnitt</b>	1,07

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51191</b>
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,0 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,13
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b> <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen</b> <b>51186</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>Ergebnis</b>	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
<b>Bewertung durch Strukturierten Dialog</b>	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt (A42)
<b>Zähler / Nenner</b>	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
<b>Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</b>	verschlechtert
<b>Bundesdurchschnitt</b>	1,05

Leistungsbereich	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahl-ID	51186
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,8 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 1,22
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Geburtshilfe</b> <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten</b> <b>51181</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>Ergebnis</b>	<b>0,3</b>
<b>Bewertung durch Strukturierten Dialog</b>	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
<b>Zähler / Nenner</b>	<b>7 / 1417</b>
<b>Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</b>	unverändert

Leistungsbereich	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten
Kennzahl-ID	51181
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,1 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,15 - 0,62
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51079</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	6,28%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,78 - 6,83%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51078</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	3,36%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,96 - 3,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51076</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	3,75%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,41 - 4,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b> <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen</b> <b>50778</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>Ergebnis</b>	0,83
<b>Bewertung durch Strukturierten Dialog</b>	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
<b>Zähler / Nenner</b>	105 / 893
<b>Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</b>	unverändert
<b>Bundesdurchschnitt</b>	1

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50778</b>
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,6 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,69 - 0,99
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50722</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	96,7
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	850 / 879
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	96,32%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,25 - 96,39%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,30 - 97,69%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50719</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	10,34%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 18,4% (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,53 - 11,21%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Kennzahl-ID	
<b>Neonatologie</b> <b>Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad</b>	
<b>50064</b>	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
Ergebnis (%)	6,36
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	25 / 393
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	4,3%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 9,4% (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,18 - 4,43%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	4,35 - 9,22%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Kennzahl-ID	
<b>Neonatologie</b> <b>Durchführung eines Hörtests</b> <b>50063</b>	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
Ergebnis (%)	99,73
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	373 / 374
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	97,46%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,36 - 97,56%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,50 - 99,95%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50062</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>
Ergebnis	2,36
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit (H20)
Zähler / Nenner	6 / 59
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50062</b>
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	0,95
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,3 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,10 - 4,75
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50060</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
Ergebnis	1,21
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	6 / 375
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50060</b>
Bundesdurchschnitt	1,01
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,8 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,56 - 2,60
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50053</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	0,77
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50053</b>
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,71 - 0,84
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50052</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	0,89
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50052</b>
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,78 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50050</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	0,96
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50050</b>
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Neonatologie</b> <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)</b> <b>50048</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>Ergebnis</b>	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
<b>Bewertung durch Strukturierten Dialog</b>	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
<b>Zähler / Nenner</b>	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
<b>Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</b>	unverändert

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50048</b>
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,3 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50045</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	99,13
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	687 / 693
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	98,72%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,67 - 98,77%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,12 - 99,60%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Revision/- Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Chirurgische Komplikationen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50041</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle (U32)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,96%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,78 - 1,18%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Kennzahl-ID	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 6
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,21%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,14 - 0,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 39,03%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Kennzahl-ID	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 6
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,18%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 1,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,12 - 0,28%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 39,03%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Kennzahl-ID	
<b>Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel</b> <b>Eingriffsdauer bis 60 Minuten</b>	
<b>50025</b>	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
Ergebnis (%)	66,67
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	4 / 6
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	93,62%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 60,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,15 - 94,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	30,00 - 90,32%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich Bezeichnung des Qualitätsindikators Kennzahl-ID	
<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation Chirurgische Komplikationen</b>  <b>50017</b>	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 49
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,63%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,0\%$ (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,55 - 0,73%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 7,27%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Kennzahl-ID	
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	95,92
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	47 / 49
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	95,68%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0% (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,44 - 95,91%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	86,29 - 98,87%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Kennzahl-ID	
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	93,88
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	46 / 49
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	94,42%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,15 - 94,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	83,48 - 97,90%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung
Kennzahl-ID	12874
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 107
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	1,33%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 5,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,22 - 1,45%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,47%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b> <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>11724</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle bei denen -Gehen nur mit Hilfe möglich ist und / oder eine komplette Aphasie vorliegt, -die Patientin/der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder -der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>Ergebnis</b>	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
<b>Bewertung durch Strukturierten Dialog</b>	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
<b>Zähler / Nenner</b>	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>11724</b>
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,6 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,22
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b> <b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b> <b>Kennzahl-ID</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b> <b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch</b> <b>11704</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>Ergebnis</b>	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
<b>Bewertung durch Strukturierten Dialog</b>	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
<b>Zähler / Nenner</b>	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
<b>Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr</b>	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</b>	unverändert

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>11704</b>
Bundesdurchschnitt	1,05
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,2 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,14
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Kennzahl-ID	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	18,75
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	6 / 32
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	11,51%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 20,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	11,03 - 12,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	8,89 - 35,31%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Kennzahl-ID	
<b>Mammachirurgie</b> <b>Primäre Axilladisektion bei DCIS</b>	
<b>2163</b>	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 14
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,12%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 0,0\%$ (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 21,53%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2028</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	98,75
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	713 / 722
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	95,88%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,79 - 95,97%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,65 - 99,34%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2013</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	95,77
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	408 / 426
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Bundesdurchschnitt	93,63%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0% (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,50 - 93,76%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,42 - 97,31%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-Index = 0)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2012</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	99,08
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	108 / 109
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	97,3%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,14 - 97,45%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,99 - 99,84%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2009</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	97,65
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	747 / 765
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	95,74%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,65 - 95,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,31 - 98,51%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2005</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	98,99
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	884 / 893
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	98,33%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,28 - 98,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,10 - 99,47%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich Bezeichnung des Qualitätsindikators	Herzschrittmacher-Implantation Chirurgische Komplikationen
Kennzahl-ID	1103
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,8%
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,0% (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,74 - 0,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich	
Geburtshilfe	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	
Kennzahl-ID	
1058	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
Ergebnis (%)	0
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	0 / 53
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	0,32%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,23 - 0,45%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 6,76%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

Leistungsbereich Bezeichnung des Qualitätsindikators Kennzahl-ID	
<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) Organerhaltung bei Ovareingriffen</b>  <b>612</b>	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
Ergebnis (%)	97,75
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	87 / 89
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	91,03%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 79,1\%$ (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	90,72 - 91,33%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,17 - 99,38%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>604</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	100
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	23 / 23
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	99,69%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,56 - 99,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	85,69 - 100,00%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Karotis-Revaskularisation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>603</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	96,43
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	27 / 28
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	98,9%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,72 - 99,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	82,29 - 99,37%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>330</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	96,67
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	29 / 30
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	96,26%
Referenzbereich (bundesweit)	<b><math>\geq 95,0\%</math> (Zielbereich)</b>
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,82 - 96,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	83,33 - 99,41%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>321</b>
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert (N02)
Zähler / Nenner	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Bundesdurchschnitt	0,21%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,20 - 0,22%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

<b>Leistungsbereich</b>	
<b>Geburtshilfe</b>	
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	
<b>Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>	
<b>318</b>	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
Ergebnis (%)	95,52
Bewertung durch Strukturierten Dialog	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich (R10)
Zähler / Nenner	64 / 67
Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Bundesdurchschnitt	96,06%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,0\%$ (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,82 - 96,29%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,64 - 98,47%
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stelle	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	- (vgl. Hinweis auf Seite 3)

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

Für Bayern sind dabei die folgenden Leistungsbereiche relevant:

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Teilnahme</b>
Schlaganfall	Ja

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

DMP
Brustkrebs
Diabetes mellitus Typ 2

### C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

### C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

	Mindestmenge	Erbrachte Menge
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	75
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	17

### C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie	Kommentar
CQ01	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma	Das Klinikum Fürth erfüllt die umfassenden Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zur stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten mit elektivem, chirurgisch behandlungsbedürftigem Bauchaortenaneurysma.
CQ05	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1	Die Ergebnisqualität des Perinatalzentrums Level 1 am Klinikum Fürth ist umfassend auf der Webseite <a href="http://www.perinatalzentren.org">www.perinatalzentren.org</a> dargestellt

**C-7            Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137  
SGB V**

<b>Nr.</b>	<b>Fortbildungsverpflichteter Personenkreis</b>	<b>Anzahl (Personen)</b>
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	158
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 1.1.1]	113
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 1.1]	113