



Strukturierter Qualitätsbericht 2017 Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach

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

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	4
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	5
A-0 Fachabteilungen	5
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
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	12
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	14
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	15
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	15
A-10 Gesamtfallzahlen	15
A-11 Personal des Krankenhauses	16
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	18
A-13 Besondere apparative Ausstattung	29
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	32
B-[1] Innere Medizin Bad Kreuznach	32
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	32

B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel	32
B-[1].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	33
B-[1].1.3	Weitere Zugänge	33
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	33
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	33
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	36
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	36
B-[1].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	37
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	38
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	38
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	39
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	40
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	40
B-[1].11	Personelle Ausstattung	40
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	40
B-[1].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	41
B-[1].11.1	Zusatzweiterbildung	41
B-[1].11.2	Pflegepersonal	41
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	42
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	42
B-[2]	Kinder- und Jugendmedizin	44
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	44

B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	44
B-[2].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	44
B-[2].1.3	Weitere Zugänge	45
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	45
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	45
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	48
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	49
B-[2].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	49
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	50
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	50
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	51
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	52
B-[2].11	Personelle Ausstattung	52
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	52
B-[2].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	52
B-[2].11.1	Zusatzweiterbildung	53
B-[2].11.2	Pflegepersonal	53
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	54
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	54
B-[3]	Unfallchirurgie und allgemeine Chirurgie Bad Kreuznach	55
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	55
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	55

B-[3].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	55
B-[3].1.3	Weitere Zugänge	56
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	56
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	56
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	59
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	59
B-[3].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	59
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	60
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	60
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	61
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	62
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	64
B-[3].11	Personelle Ausstattung	64
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	64
B-[3].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	64
B-[3].11.1	Zusatzweiterbildung	65
B-[3].11.2	Pflegepersonal	65
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	66
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	66
B-[4]	Plastische und rekonstruktive Chirurgie	67
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	67
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	67

B-[4].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	67
B-[4].1.3	Weitere Zugänge	67
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	68
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	68
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	70
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	70
B-[4].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	71
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	72
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	72
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	73
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	73
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	74
B-[4].11	Personelle Ausstattung	74
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	74
B-[4].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	75
B-[4].11.2	Pflegepersonal	75
B-[4].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	75
B-[4].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	76
B-[5]	Urologie	77
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	77
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel	77
B-[5].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	77

B-[5].1.3	Weitere Zugänge	78
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	78
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	78
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	79
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	80
B-[5].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	80
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	81
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	81
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	82
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	83
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	84
B-[5].11	Personelle Ausstattung	84
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen	84
B-[5].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	84
B-[5].11.1	Zusatzweiterbildung	85
B-[5].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	85
B-[5].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	85
B-[6]	Orthopädie und Rheumaorthopädie Bad Kreuznach	87
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	87
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel	87
B-[6].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	87
B-[6].1.3	Weitere Zugänge	87

B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	88
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	88
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	91
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	92
B-[6].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	92
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	93
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	93
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	94
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	95
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	95
B-[6].11	Personelle Ausstattung	96
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen	96
B-[6].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	96
B-[6].11.1	Zusatzweiterbildung	96
B-[6].11.2	Pflegepersonal	97
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	98
B-[7]	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	99
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	99
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	99
B-[7].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	99
B-[7].1.3	Weitere Zugänge	99
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	100

B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	100
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	101
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	101
B-[7].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	101
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	102
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	103
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	104
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	104
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	105
B-[7].11	Personelle Ausstattung	105
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen	105
B-[7].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	105
B-[7].11.1	Zusatzweiterbildung	106
B-[7].11.2	Pflegepersonal	106
B-[7].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	107
B-[7].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	107
B-[8]	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	108
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	108
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel	108
B-[8].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	108
B-[8].1.3	Weitere Zugänge	108
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	109

B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	109
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	110
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD	111
B-[8].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	111
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	112
B-[8].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	112
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	113
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	114
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	114
B-[8].11	Personelle Ausstattung	115
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen	115
B-[8].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	115
B-[8].11.1	Zusatzweiterbildung	115
B-[8].11.2	Pflegepersonal	116
B-[8].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	116
B-[8].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	117
B-[9]	Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie	118
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	118
B-[9].1.1	Fachabteilungsschlüssel	118
B-[9].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	118
B-[9].1.3	Weitere Zugänge	119
B-[9].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	119

B-[9].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	119
B-[9].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	123
B-[9].6	Hauptdiagnosen nach ICD	123
B-[9].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	123
B-[9].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	124
B-[9].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	124
B-[9].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	125
B-[9].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	126
B-[9].11	Personelle Ausstattung	126
B-[9].11.1	Ärzte und Ärztinnen	126
B-[9].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	126
B-[9].11.1	Zusatzweiterbildung	127
B-[9].11.2	Pflegepersonal	127
B-[9].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	127
B-[9].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	128
B-[10]	Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie	129
B-[10].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	129
B-[10].1.1	Fachabteilungsschlüssel	129
B-[10].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	129
B-[10].1.3	Weitere Zugänge	129
B-[10].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	130
B-[10].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	130

B-[10].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	131
B-[10].6	Hauptdiagnosen nach ICD	131
B-[10].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	132
B-[10].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	132
B-[10].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	132
B-[10].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	133
B-[10].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	133
B-[10].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	133
B-[10].11	Personelle Ausstattung	133
B-[10].11.1	Ärzte und Ärztinnen	134
B-[10].11.2	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	134
B-[10].11.3	Zusatzweiterbildung	134
B-[11]	Diagnostische Radiologie	135
B-[11].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	135
B-[11].1.1	Fachabteilungsschlüssel	135
B-[11].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	135
B-[11].1.3	Weitere Zugänge	135
B-[11].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	136
B-[11].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	136
B-[11].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	137
B-[11].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	137
B-[11].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	137
B-[11].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	139

B-[11].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	139
B-[11].11	Personelle Ausstattung	139
B-[11].11.Ärzte und Ärztinnen	139
B-[11].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	140
B-[11].11.Zusatzweiterbildung	140
B-[11].11.Pflegepersonal	140
C	Qualitätssicherung	141
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	141
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	251
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	251
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	252
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	252
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	253

Vorwort

VORWORT DES VORSTANDS KRANKENHÄUSER UND HOSPIZE

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wer ins Krankenhaus kommt, will sich darauf verlassen können, dass die Behandlungsqualität stimmt. Dazu muss eine Fülle von Faktoren erfüllt sein: strukturelle wie prozessuale Anforderungen, die Qualifikation und Quantität des Personals, Routinen bei der Durchführung bestimmter Interventionen oder eine adäquate Risikoadjustierung. Aber auch weniger messbare Faktoren, eine Kultur der Achtsamkeit und der Verantwortungsbereitschaft, tragen zumindest mittelbar zur Patientensicherheit und -zufriedenheit bei.

Die Qualitätsberichte, so auch der aktuelle für das Berichtsjahr 2017, geben einen Überblick über die Strukturen und Leistungen unserer Krankenhäuser. Sie enthalten unter anderem Angaben zum Diagnose- und Behandlungsspektrum, zur Häufigkeit einer Behandlung, zur Personalausstattung und zur Anzahl von Komplikationen. Diese Daten finden Eingang in unterschiedliche Patientenportale und tragen mithin zur Transparenz von Krankenhausleistungen bei, was wir ausdrücklich begrüßen.



*Der Vorstand Krankenhäuser und Hospize, Dr. med.
Dennis Göbel*

Die Stiftung kreuznacher diakonie ist Träger von sechs Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz und im Saarland. 2017 begaben sich mehr als 53.000 Patientinnen und Patienten zur stationären Behandlung in eines unserer Krankenhäuser; weit mehr noch ließen sich ambulant behandeln. All diese Menschen samt ihrer Angehörigen schenken uns ihr Vertrauen. Wir sehen es als unseren Auftrag an, ihnen dieses Vertrauen durch eine permanente Weiterentwicklung der Qualität unserer Leistungen zu danken.

"Wir entwickeln uns gemeinsam weiter" ist ein Leitsatz der Stiftung kreuznacher diakonie, zu der unsere insgesamt sechs Krankenhäuser gehören. Das gilt auch und gerade für die Qualität der Versorgung, die primär das Ergebnis einer planvollen Steuerung ist. Passen die strukturellen Voraussetzungen noch zu den aktuellen Herausforderungen? Sind die Standards und Verfahrensanweisungen so, dass sie Prozesse optimal abbilden? Und stimmt das Ergebnis? Gab es Komplikationen oder Ereignisse, die als kritisch zu beurteilen sind? Wie können wir Risiken ausschließen oder minimieren? Solche und ähnliche Fragen sind Teil eines systematischen Monitorings unserer Qualitätsmanager, die standortübergreifend tätig sind.

"Wir entwickeln uns gemeinsam weiter", dieser Leitsatz ist Maßstab für alle Professionen unseres Geschäftsfeldes. Denn gute Qualität mit dem Ziel, die Patientensicherheit und -zufriedenheit zu verbessern, ist unserer Überzeugung nach immer nur im Team erreichbar. Daran arbeiten wir. 365 Tage im Jahr.

Der vorliegende Bericht für das Jahr 2017 gibt Ihnen mit einer Fülle von Daten und Fakten einen guten Überblick über unsere Leistungen und Angebote. Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre. Bei Fragen wenden Sie sich gern an unseren Qualitätsbeauftragten Dietmar Lauck, dietmar.lauck@kreuznacherdiakonie.de



Dr. med. Dennis Göbel
Vorstand Krankenhäuser und Hospize

VORWORT DES DIREKTORIUMS

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser

das Diakonie Krankenhaus mit den Standorten Bad Kreuznach und Kirn ist ein Schwerpunktkrankenhaus mit 501 Betten und 14 Fachbereichen, davon elf Haupt- und drei Belegabteilungen. Für die beiden Standorte existiert ein gemeinsamer Versorgungsauftrag. In Summe behandelten die rund 1.400 Mitarbeitenden des Diakonie Krankenhauses 2017 mehr als 23.000 Patienten stationär und rund 55.000 Patienten ambulant.

Träger unseres Krankenhauses ist die Stiftung kreuznacher diakonie. 1889 gegründet, ist sie heute eine der größten Erbringer diakonisch-sozialer Arbeit in Deutschland mit mehr als 6700 Mitarbeitenden.



Das Direktorium des Diakonie Krankenhauses (v.li.): Manuel Seidel, Carmen Lorsch und Dr. Christoph von Buch

Die medizinischen Disziplinen des Diakonie Krankenhauses halten ein umfassendes Leistungsspektrum vor und arbeiten fachübergreifend zusammen. Die enge Verzahnung der Fachbereiche gewährleistet die Umsetzung ganzheitlicher Diagnose- und Therapiekonzepte für unsere Patientinnen und Patienten. Besondere Schwerpunkte liegen in der Wirbelsäulenchirurgie und der Endoprothetik. Der Standort Bad Kreuznach ist als Endoprothesenzentrum der Maximalversorgung zertifiziert. Seit 2018 arbeiten wir dort mit einem innovativen Roboter-

armassistierten System, das ein außerordentliches Maß an Präzision und Patientensicherheit beim Kniegelenkersatz erlaubt.

Die Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe behandelt Brustkrankungen sowohl konservativ als auch operativ mit minimal-invasiven Verfahren. Untersuchungs- und Operationsergebnisse von Patientinnen mit Brustkrebs werden in interdisziplinären Tumorkonferenzen besprochen, um so deren bestmögliche Behandlung sicherzustellen. Der Standort Bad Kreuznach ist Perinatalzentrum Level 1 und besitzt damit eine nachweisliche Kompetenz in der Betreuung von Früh- und Risikogeburten. 2017 wurden im Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach mehr als 1400 Kinder geboren, Tendenz weiter steigend.

Unsere zertifizierte Chest Pain Unit leistet einen wichtigen Beitrag zur Notfallversorgung im Kreis Bad Kreuznach. Gleiches gilt für das mehrfach rezertifizierte Traumazentrum der Basisversorgung.

Unsere stationären Leistungen erbringen wir in kollegialem Austausch mit den niedergelassenen Kollegen in der Region sowie weiteren externen Kooperationspartnern etwa im Bereich der Rehabilitation. Ein umfassendes Qualitätsmanagement ist bei uns seit vielen Jahren standortübergreifend etabliert. Unter anderem gibt es ein effektives Beschwerdemanagement, das uns viele wichtige Hinweise über Schwachpunkte und Stärken unserer Leistungen liefert.

Ausbildung und fortlaufende Qualifizierung werden in der Stiftung im Allgemeinen und im Diakonie Krankenhaus im Besonderen großgeschrieben. Seit 2007 sind wir Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz und engagieren uns in der Ausbildung angehender Ärzte. Wir tun dies so überzeugend, dass wir eine größere Anzahl von Ärztinnen und Ärzten nach ihrem Praktischen Jahr dauerhaft als Kolleginnen und Kollegen für uns gewinnen konnten. In eigenen Schulen bilden wir den heute so knappen pflegerischen Nachwuchs aus. In Kooperation mit der Katholischen Hochschule Mainz und der Fachhochschule Ludwigshafen fördern wir zudem die akademische Qualifikation unserer Pflegekräfte - ebenso wie deren stetige Fort- und Weiterbildung.

In der Krankenhaushygiene arbeiten alle sechs Krankenhäuser der Stiftung kreuznacher diakonie eng mit dem Institut für Mikrobiologie der Universitätsmedizin Mainz zusammen. Gemeinsame Hygienestandards und umfassende Präventionsmaßnahmen für Mitarbeitende und Patienten sind in den Krankenhäusern umgesetzt.

Wir überprüfen regelmäßig unsere Strukturen und Prozesse und passen diese an, 2017 mit besonderem Augenmerk auf die Neuregelungen zum Entlassmanagement. Veränderung im Sinne einer positiven Weiterentwicklung ist für uns der Normalzustand. Und sie ist unverzichtbar - im Interesse der Qualitätssicherung wie der Wirtschaftlichkeit unserer Leistungen.

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse an unserem Krankenhaus und stehen für Fragen gern zur Verfügung.



M. Seidel
Kaufmännischer Direktor



Chr. v. Buch
Ärztlicher Direktor



C. Lörsch
Pflegedirektorin

Einleitung

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Dietmar Lauck, Leitung Qualitätsmanagement Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize
Telefon:	0671 605 2318
Fax:	0671 605 2399
E-Mail:	dietmar.lauck@kreuznacherdiakonie.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Dr. med. Dennis Göbel, Fachvorstand Krankenhäuser und Hospize
Telefon:	0671 605 0
Fax:	0671 605 3243
E-Mail:	info@kreuznacherdiakonie.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/ diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/
--------------------------------------	--

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0190	Innere Medizin Bad Kreuznach
2	Hauptabteilung	1000	Kinder- und Jugendmedizin
3	Hauptabteilung	1590	Unfallchirurgie und allgemeine Chirurgie Bad Kreuznach
4	Hauptabteilung	1900	Plastische und rekonstruktive Chirurgie
5	Belegabteilung	2200	Urologie
6	Hauptabteilung	2390	Orthopädie und Rheumaorthopädie Bad Kreuznach
7	Hauptabteilung	2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
8	Belegabteilung	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
9	Hauptabteilung	3600	Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
10	Belegabteilung	3500	Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie
11	Nicht-Bettenführend	3751	Diagnostische Radiologie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Diakonie Krankenhaus kreuznacher diakonie
PLZ:	55543
Ort:	Bad Kreuznach
Straße:	Ringstraße
Hausnummer:	64
IK-Nummer:	260711636
Standort-Nummer:	1

Krankenhaus-URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/
------------------	---

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Diakonie Krankenhaus kreuznacher diakonie
PLZ:	55543
Ort:	Bad Kreuznach
Straße:	Ringstraße
Hausnummer:	64
IK-Nummer:	260711636
Standort-Nummer:	1
E-Mail:	info-dkkd@kreuznacherdiakonie.de
Standort-URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Christoph von Buch, Ärztlicher Direktor, Chefarzt der Kinder- und Jugendmedizin
Telefon:	0671 605 2010
Fax:	0671 605 2019
E-Mail:	buchch@kreuznacherdiakonie.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	bis 31.08.2018 Carsten Schneider, Krankenhaus Direktor
Telefon:	0671 605 2417
Fax:	0671 605 2366
E-Mail:	carsten.schneider@kreuznacherdiakonie.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	ab 01.09.2018 Manuel Seidel, Krankenhaus Direktor
Telefon:	0671 605 2417

Fax:	0671 605 2366
E-Mail:	manuel.seidel@kreuznacherdiakonie.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Carmen Lörsch, Pflegedirektorin
Telefon:	0671 605 2308
Fax:	0671 605 2389
E-Mail:	loerscca@kreuznacherdiakonie.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dr. med. Dennis Göbel, Fachvorstand Krankenhäuser und Hospize
Telefon:	0671 605 0
Fax:	0671 605 3243
E-Mail:	info@kreuznacherdiakonie.de

Leitung des Standorts:

Standort:	Diakonie Krankenhaus kreuznacher diakonie
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Christoph von Buch, Ärztlicher Direktor, Chefarzt Kinder- und Jugendmedizin
Telefon:	0671 605 2010
Fax:	0671 605 2019
E-Mail:	buchch@kreuznacherdiakonie.de

Standort:	Diakonie Krankenhaus kreuznacher diakonie
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	bis 31.08.2018 Carsten Schneider, Krankenhaus Direktor
Telefon:	0671 605 2417
Fax:	0671 605 2366
E-Mail:	carsten.schneider@kreuznacherdiakonie.de

Standort:	Diakonie Krankenhaus kreuznacher diakonie
-----------	---

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	ab 01.09.2018 Manuel Seidel, Krankenhaus Direktor
Telefon:	0671 605 2417
Fax:	0671 605 2366
E-Mail:	manuel.seidel@kreuznacherdiakonie.de

Standort:	Diakonie Krankenhaus kreuznacher diakonie
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Carmen Lörsch, Pflegedirektorin
Telefon:	0671 605 2308
Fax:	0671 605 2389
E-Mail:	loerscca@kreuznacherdiakonie.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Stiftung kreuznacher diakonie, Kirchliche Stiftung des öffentlichen Rechts
Träger-Art:	sonstige
Sonstige Trägerart:	freigemeinnützig / kirchlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität:

1 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale
Versorgungsverpflichtung?

Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
1	Akupunktur <i>Geburtshilfe</i>
2	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung <i>Kooperation mit externem Versorgungspartner</i>
3	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <i>Pflegedienst in Zusammenarbeit mit Sozialdienst, Pflegestandard basiert auf Nationalem Standard Entlassmanagement</i>
4	Diät- und Ernährungsberatung <i>Diabetesassistentin DDG (Deutsche Gesellschaft für Diabetes)</i>
5	Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>Bäderabteilung</i>
6	Atemgymnastik/-therapie <i>Krankengymnastik</i>
7	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>Pflegestandard, ambulanter Hospizdienst, Grundsätze zur Sterbebegleitung (Ethik-Komitee), Palliativkonsildienst</i>
8	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik <i>Physikalische Therapie</i>
9	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung <i>durch Sozialarbeiter</i>
10	Basale Stimulation <i>Pflegestandard</i>
11	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Geburtsvor- und nachbereitung, Akupunktur, Yoga für Schwangere, Rückbildungskurse</i>
12	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Kooperation mit externem Versorgungspartner</i>
13	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik <i>Abteilung für physikalische Therapie</i>
14	Audiometrie/Hördiagnostik <i>Abteilung Geburtshilfe und Kinder und Jugendmedizin</i>
15	Eigenblutspende
16	Pädagogisches Leistungsangebot <i>Erzieherinnen / Spieltherapie in der Abteilung Kinder- und Jugendmedizin</i>
17	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Demenz-Kompetenz Ansprechpartner</i>
18	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>Kooperation mit externem Versorgungspartner</i>
19	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>Kooperationstreffen DK Seniorenhilfe KH</i>
20	Aromapflege/-therapie <i>Pflegestandard</i>
21	Wundmanagement <i>Wundexperten, Wundkonsildienst</i>
22	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>durch Sozialdienst</i>
23	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen <i>Stroke nurse</i>
24	Stillberatung <i>Still- und Laktationsberaterinnen, Stillsprechstunde</i>
25	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien <i>Elternschule, Stillberatung, Familienzimmer, Mitaufnahme von Begleitpersonen, Familienhebammen</i>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
26	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik <i>Elternschule der Abteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin</i>
27	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Diabetesberatung, Diabetesschulung, Diabetessprechstunde in der Abteilung Kinder- und Jugendmedizin</i>
28	Säuglingspflegekurse <i>Elternschule der Abteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin</i>
29	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) <i>Pflegestandard, in der Abteilung Kinder- und Jugendmedizin in Kooperation mit der Physiotherapie Sozialpädiatrisches Zentrum</i>
30	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Informationsveranstaltungen über Leistungsangebote, Tag der offenen Tür in den Fachabteilungen, Kunstausstellungen</i>
31	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern <i>Babymassage, Veranstaltungen für Eltern von frühgeborenen Kindern, PEKIP Eltern-Kind Gruppe</i>
32	Wärme- und Kälteanwendungen <i>Abteilung für physikalische Therapie</i>
33	Kinästhetik <i>Kinästhetik Trainer Abteilung für physikalische Therapie</i>
34	Fußreflexzonenmassage
35	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
36	Medizinische Fußpflege <i>Optionale Leistung</i>
37	Physikalische Therapie/Bädertherapie <i>Abteilung für physikalische Therapie</i>
38	Sozialdienst
39	Massage <i>Abteilung für physikalische Therapie</i>
40	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
41	Manuelle Lymphdrainage <i>Abteilung für physikalische Therapie</i>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
42	Stomatherapie/-beratung <i>Kooperation mit externem Versorgungspartner</i>
43	Schmerztherapie/-management <i>Zusatzqualifikation Spezielle Schmerztherapie, Therapiestandards, Schmerzkonsildienst</i>
44	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>Kooperation mit psychosomatischer Fachklinik, Prof. Dr. Rüdgel</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Rundfunkempfang am Bett <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>An jedem Patientenbettenplatz gibt es die Möglichkeit des Rundfunkempfangs</i>
2	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen <i>Begleitdienst in der Ambulanz durch die Evangelische Krankenhaushilfe.</i>
3	Ein-Bett-Zimmer
4	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Jedes Ein-Bett- Zimmer hat eine eigene Nasszelle.</i>
5	Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 1,14 €</i> <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,14 €</i> <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i> <i>In jedem Patientenzimmer Telefonanschlüsse vorhanden (Grundgebühr incl. Fernsehen). Zusätzlich öffentliche Telefone.</i>
6	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer <i>Tresor in der Patientenverwaltung.</i>
7	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum <i>Es gibt es in jedem Stockwerk Besucherecken. Zusätzlich im 7. Stock zwei Aufenthaltsräume.</i>
8	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 0 €</i>

LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Jedes Patientenzimmer verfügt über ein Fernsehgerät</i>
9	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)
	<i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Schweinefleischfreie KostVegetarische KostWeitere Kostformen auf Nachfrage verfügbar</i>
10	Hotelleistungen
11	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
12	Rooming-in
	<i>Auf der Station für Gynäkologie und Geburtshilfe 7. OG., zusätzlich Familienzimmer möglich.</i>
13	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 5 €</i>
	<i>Es stehen vier Laptops mit Internet Zugang über W-LAN für Wahlleistungspatienten zur Verfügung.</i>
14	Andachtsraum
	<i>Krankenhauskapelle im Foyer</i>
15	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen
	<i>Max. Kosten pro Stunde: 1 € Max. Kosten pro Tag: 10 €</i>
	<i>Es besteht die Möglichkeit im Parkhaus zu parken bzw. auf angrenzenden öffentlichen Parkplätzen oder auch Kurzparkplätzen direkt vor dem Krankenhaus.</i>
16	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
17	Schwimmbad/Bewegungsbad
18	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
	<i>Regelmäßig stattfindende Veranstaltungen für Patienten und Interessierte, wie z.B. Nachtvorlesungen, Breast-Life-Kurse, Elternschule.</i>
19	Geldautomat
	<i>Behindertengerechter Geldautomat.</i>
20	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
	<i>Unterbringung von Begleitpersonen im Patientenzimmer in allen Fachabteilungen möglich.</i>
21	Seelsorge
	<i>Die Angebote richten sich an Patienten, Angehörige und MitarbeiterInnen. Sie werden über Flyer, Faltblätter und Aushang bekannt gemacht. In spezifischen Abteilungen bestehen feste Besuchszeiten, auf allen anderen Stationen steht der Seelsorger auf Anfrage zu Verfügung.</i>

LEISTUNGSANGEBOT	
22	Zwei-Bett-Zimmer
23	Mutter-Kind-Zimmer
	<i>Es gibt im 4. OG Mutter-Kind-Zimmer, sowie Familienzimmer im 7.OG.</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter <i>Spezialbetten, spezielle Toilettenstühle</i>
2	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
3	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
4	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
5	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
6	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
7	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
8	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung <i>Demenz Kompetenz Team</i>
9	Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen <i>Begleitsdienst Evangelische Krankenhaushilfe</i>
10	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
11	Dolmetscherdienst
12	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
13	Diätetische Angebote
14	Besondere personelle Unterstützung
15	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT

- 16 Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN

- 1 Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
- 2 Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
- 3 Doktorandenbetreuung
- 4 Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN

- 1 Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
116 Plätze
- 2 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin
36 Plätze
- 3 Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
25 Plätze

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten:	392
----------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	19409
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	46273

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	109,28	109,28	0,00	0,00	109,28
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	57,52	57,52	0,00	0,00	57,52
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	7				

Abkürzungen:

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

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39,00

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	159,48 5,98	159,48 5,98	0,00 0,00	0,00 0,00	159,48 5,98
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	75,75 0,81	75,75 0,81	0,00 0,00	0,00 0,00	75,75 0,81

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	3,65 0,93	3,65 0,93	0,00 0,00	0,00 0,00	3,65 0,93
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	6,09 0,00	6,09 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	6,09 0,00
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,95 0,00	9,95 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	9,95 0,00
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	23,62 0,00	23,62 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	23,62 0,00

Abkürzungen:

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diätassistent und Diätassistentin	3,09	3,09	0,00	0,00	3,09
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	0,88	0,88	0,00	0,00	0,88
Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	12,91	12,91	0,00	0,00	12,91
Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	9,61	9,61	0,00	0,00	9,61
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	6,64	6,64	0,00	0,00	6,64
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	2,40	2,40	0,00	0,00	2,40
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	0,80	0,80	0,00	0,00	0,80
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	0,80	0,80	0,00	0,00	0,80

Abkürzungen:

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Dietmar Lauck, Leitung Qualitätsmanagement Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize
Telefon:	0671 605 2318
Fax:	0671 605 2399
E-Mail:	zentrales-qm-kuh@kreuznacherdiakonie.de

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Qualitätsmanagementbeauftragte des Geschäftsfeldes Krankenhäuser und Hospize Stiftung kreuznacher diakonie
Tagungsfrequenz des Gremiums:	wöchentlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:

Vertreter aus der Pflege und der Medizin und nach Bedarf andere Berufsgruppen. Organisiert und moderiert werden die Auswertungen vo Qualitäts- und Risikomanagement.

Tagungsfrequenz des Gremiums:

quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
2	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: schmerz Letzte Aktualisierung: 21.06.2017</i>
3	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
4	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP01 Letzte Aktualisierung: 02.05.2015</i>
5	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
6	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verabreichung von Arzneimitteln /medi Letzte Aktualisierung: 01.02.2018</i>

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
7	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung zum CIRS</i> <i>Letzte Aktualisierung: 01.10.2018</i>
8	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Sturzprophylaxe / sturzpr</i> <i>Letzte Aktualisierung: 21.06.2017</i>
9	Mitarbeiterbefragungen
10	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
11	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Gefahr einer Hautschädigung / haut2</i> <i>Letzte Aktualisierung: 21.06.2017</i>
12	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahren zum Med. Notfallmanagement</i> <i>Letzte Aktualisierung: 14.03.2011</i>
13	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Entlassungsmanagement / entl</i> <i>Letzte Aktualisierung: 18.01.2018</i>
14	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahren Freiheitsentziehende Maßnahmen</i> <i>Letzte Aktualisierung: 02.05.2008</i>

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

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: bei Bedarf</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: quartalsweise</i>
3	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 01.10.2018</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Fehler- und Beinahefehler werden zeitnah von der AG-Risk bearbeitet. Dokumentation und Auswertung erfolgt über eine entsprechende Software.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	9 ²⁾
Hygienefachkräfte (HFK)	3
Hygienebeauftragte in der Pflege	26

¹⁾ Extern beratender Krankenhaushygieniker.

²⁾ Ärzte aus verschiedenen Fachabteilungen.

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Dr. med. Christoph von Buch, Ärztlicher Direktor, Chefarzt Kinder- und Jugendmedizin
Telefon:	0671 605 2010
Fax:	0671 605 2016
E-Mail:	buchch@kreuznacherdiakonie.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl:	Ja
----------	----

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

	OPTION	AUSWAHL
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl:	Ja
----------	----

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

Auswahl:	Nein
----------	------

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor:

Auswahl: Nein

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl:	Ja
----------	----

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	29
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	102

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl:	Teilweise
----------	-----------

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

	OPTION	AUSWAHL
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

	OPTION	AUSWAHL
1	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja
2	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

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

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung). <i>Das Lob- und Beschwerdemanagement ist in einer Verfahrensanweisung beschrieben. Die Erfassung und Bearbeitung erfolgt anhand einer Software, mit der auch entsprechende Berichte und Auswertungen möglich sind.</i>	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden. <i>Mündliche Beschwerden werden nach Möglichkeit direkt geklärt oder werden über das Lob- und Beschwerdeformular schriftlich fixiert und gelangen so in die systematische Bearbeitung.</i>	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>Der Patientenfürsprecher vertritt die Interessen der PatientInnen gegenüber dem Krankenhaus im Rahmen dieses Gesetzes. Er wird auf ausdrücklichen Wunsch des PatientInnen tätig und prüft Anregungen, Bitten sowie Beschwerden der PatientInnen. Er kann sich mit dem Einverständnis des Patienten unmittelbar an Krankenhausträger oder -leitung wenden.</i>	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden <i>Alle Beschwerden können auf dem Beschwerdeformular "Ihre Meinung " auch anonym geäußert werden.</i>	Ja
9	Patientenbefragungen <i>Die Patientenbefragung ermöglicht es, die Patientenzufriedenheit im Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize zu analysieren und zu bewerten. Neben einem Vergleich mit anderen Krankenhäusern bietet dies die gezielte Betrachtung einzelner Stationen die Möglichkeit, konkrete Verbesserungspotentiale zu erkennen, Maßnahmen umzusetzen und zu einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung beizutragen.</i>	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Sabrina Weyand, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	0671 605 2318
Fax:	0671 605 2399
E-Mail:	weyandsa@kreuznacherdiakonie.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Gerd Moszinsky, Ehrenamtlicher Patientenfürsprecher
Telefon:	0671 605 0
Fax:	0671 605 2366
E-Mail:	info-dkkd@kreuznacherdiakonie.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	24H VERFÜGBAR
1	Mammographiegerät	
2	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	
3	Computertomograph (CT)	Ja
4	Elektroenzephalographiegerät (EEG) <i>In Kooperation mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum</i>	Nein
5	Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja
6	Inkubatoren Neonatologie	Ja
7	Lithotripter (ESWL)	
8	Magnetresonanztomograph (MRT)	Nein

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	24H VERFÜGBAR
9	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja
10	Angiographiegerät/DSA	Ja

Magnetresonanz-Angiographien, Phlebographien

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Innere Medizin Bad Kreuznach

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Innere Medizin Bad Kreuznach
Straße:	Ringstraße
Hausnummer:	64
PLZ:	55543
Ort:	Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/medizin-und-pflege/fachabteilungen/innere-medizin/

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0102) Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
2	(0152) Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
3	(0153) Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
4	(0103) Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
5	(0156) Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
6	(0107) Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
7	(0151) Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
8	(0105) Inn. Medizin/Schwerp. Hämatologie/internist. Onkologie

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
9	(0190) Innere Medizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten (II)
10	(3600) Intensivmedizin

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

Name/Funktion:	Dr. med. Mathias Elsner, Chefarzt
Telefon:	0671 605 2170
Fax:	0671 605 2179
E-Mail:	elsnerma@kreuznacherdiakonie.de

B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Ringstraße 64
PLZ/Ort:	55543 Bad Kreuznach
URL:	http://www.kreuznacherdiakonie.de

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Sonographie mit Kontrastmittel
2	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
4	Arteriographie
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>Endoskopie incl. ERCP</i>
6	Intensivmedizin
7	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
8	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
9	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
10	Minimalinvasive endoskopische Operationen
11	Native Sonographie
12	Defibrillatoreingriffe <i>Incl. Kardialer Resynchronisationstherapie (CRT)</i>
13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren <i>Duplexsonografie, Angiografie der herznahen Gefäße, Optische Kohärenztomografie (OCT)</i>
14	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
15	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten <i>Herzkatheter, PTCA, Stent, intracoronare Druckmessung (Fraktionelle Flussreserve, FFR)</i>
16	Endosonographie <i>Transösophageale Echokardiographie TEE</i>
17	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen <i>Herzschrittmacher, Defibrillatoren, Eventrecorder, Kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)</i>
18	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
19	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
20	Endoskopie
21	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
22	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
23	Duplexsonographie
24	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten <i>Stroke Unit, Lysetherapie</i>
25	Schmerztherapie <i>Spezielle Schmerztherapie in Verbindung mit Abteilung für Anästhesie</i>
26	Katheterinterventionelle Therapie angeborener Vorhofseptumdefekte

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
27	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
28	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
29	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
30	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
31	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
32	Transfusionsmedizin
33	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
34	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
35	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
36	Palliativmedizin
37	Physikalische Therapie <i>In Kooperation mit Abteilung Orthopädie</i>
38	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
39	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) <i>Incl. Renaler Denervationstherapie (RDN)</i>
40	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
41	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
42	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
43	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
44	Schrittmachereingriffe
45	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
46	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
47	Eindimensionale Dopplersonographie
48	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
49	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
50	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
51	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
52	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
53	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
54	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
55	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
56	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
57	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
58	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
59	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
60	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
61	Diagnostik und Therapie von Allergien
62	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
63	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	<i>Rechtsherzkatheter, Spiroergometrie</i>
64	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
65	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
66	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

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

Vollstationäre Fallzahl:	4963
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	383
2	R07	Hals- und Brustschmerzen	351
3	I20	Angina pectoris	343
4	I21	Akuter Myokardinfarkt	333
5	I50	Herzinsuffizienz	247
6	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	191
7	K29	Gastritis und Duodenitis	164
8	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	164
9	I63	Hirninfrakt	145
10	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	144
11	R55	Synkope und Kollaps	106
12	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	103
13	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	92
14	A41	Sonstige Sepsis	86
15	I26	Lungenembolie	66
16	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	63
17	R42	Schwindel und Taumel	62
18	R06	Störungen der Atmung	53
19	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	52
20	E86	Volumenmangel	50
21	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	49
22	K85	Akute Pankreatitis	44
23	J20	Akute Bronchitis	38
24	I47	Paroxysmale Tachykardie	37
25	I11	Hypertensive Herzkrankheit	34

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	34
27	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	33
28	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	33
29	K80	Cholelithiasis	32
30	N17	Akutes Nierenversagen	32

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1829
2	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	1062
3	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	976
4	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	833
5	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	599
6	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	542
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	493
8	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	442
9	1-650	Diagnostische Koloskopie	367
10	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	245
11	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	219
12	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	190
13	5-469	Andere Operationen am Darm	177
14	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	164
15	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	153

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	146
17	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	143
18	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	142
19	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	139
20	5-449	Andere Operationen am Magen	128
21	8-98b	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	114
22	9-984	Pflegebedürftigkeit	105
23	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	89
24	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	89
25	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	86
26	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	84
27	1-655	Chromoendoskopie des unteren Verdauungstraktes	78
28	8-854	Hämodialyse	70
29	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	54
30	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	53

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	DR. MED. ELSNER
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI00 - Behandlungsangebot für privat versicherte Patienten
	<i>Behandlungsangebot für privat versicherte Patienten (VI00)</i>
2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:

2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	VI00 - Notfallversorgung aller Patienten
	Notfallversorgung aller Patienten (VI00)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-900	Intravenöse Anästhesie	120
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	120
3	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	84
4	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	65
5	5-469	Andere Operationen am Darm	19

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	28,84	28,84	0,00	0,00	28,84	172,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	13,21	13,21	0,00	0,00	13,21	375,7

Abkürzungen:

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

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin und Kardiologie
2	Innere Medizin
3	Innere Medizin und Gastroenterologie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Betriebsmedizin
2	Notfallmedizin
3	Diabetologie
4	Geriatric
5	Intensivmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	42,95	42,95	0,00	0,00	42,95	115,6

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,55	0,55	0,00	0,00	0,55	9023,6
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	4963,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	2,24	2,24	0,00	0,00	2,24	2215,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,70	5,70	0,00	0,00	5,70	870,7

Abkürzungen:

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Qualitätsmanagement
2	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	Diabetes
4	Entlassungsmanagement
5	Ernährungsmanagement

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
6	Kinästhetik
7	Basale Stimulation
8	Bobath

B-[2] Kinder- und Jugendmedizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Kinder- und Jugendmedizin
Straße:	Ringstraße
Hausnummer:	64
PLZ:	55543
Ort:	Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/medizin-und-pflege/fachabteilungen/kinder-und-jugendmedizin/

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1028) Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
2	(1007) Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
3	(1014) Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
4	(1051) Langzeitbereich Kinder
5	(1000) Pädiatrie
6	(1200) Neonatologie
7	(1011) Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
8	(1012) Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
9	(1006) Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
10	(1050) Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin

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

Name/Funktion:	Dr. med. Christoph von Buch, Chefarzt der Kinder- und Jugendmedizin
Telefon:	0671 605 2010
Fax:	0671 605 2016
E-Mail:	buchch@kreuznacherdiakonie.de

B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Ringstraße 64
PLZ/Ort:	55543 Bad Kreuznach
URL:	http://www.kreuznacherdiakonie.de

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen <i>Isotopen-Nephrogramm (Kooperation mit nuklearmedizinischer Praxis)</i>
2	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
4	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
5	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
8	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin <i>Perinatalzentrum Level I</i>
9	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
10	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
11	Diagnostik und Therapie von Allergien <i>Prick-Test, Hyposensibilisierung</i>
12	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
13	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
14	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
16	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
17	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
18	Konventionelle Röntgenaufnahmen <i>inklusive Röntgendarstellung der Harnwege (Miktionscysturothrogramm MCU)</i>
19	Duplexsonographie
20	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
21	Eindimensionale Dopplersonographie
22	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
23	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
24	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
25	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>mit Sedierung</i>
26	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
27	Native Sonographie
28	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
29	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
30	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
31	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
32	Kindertraumatologie <i>Zusammenarbeit mit der Abteilung für Chirurgie</i>
33	Kinderorthopädie <i>Zusammenarbeit mit der Abteilung Orthopädie</i>
34	Schwindeldiagnostik/-therapie
35	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
36	Diagnostik und Therapie von Allergien
37	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ <i>mit Sedierung</i>
38	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
39	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
40	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
41	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
42	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
43	Neuropädiatrie <i>In Kooperation mit Sozialpädiatrischem Zentrum</i>
44	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
45	Kindertraumatologie
46	Neonatologie
47	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
48	Spezialsprechstunde
49	Pränataldiagnostik und -therapie <i>In Kooperation mit Geburtshilfe</i>
50	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
51	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
52	Betreuung von Risikoschwangerschaften <i>In Kooperation mit Geburtshilfe</i>
53	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
54	Sozialpädiatrisches Zentrum
55	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
56	Magen-Darm-Chirurgie <i>Frühgeborenenchirurgie in Kooperation mit Kinderchirurgie der Universitätsmedizin Mainz</i>
57	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
58	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
59	Kinderurologie
60	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter <i>Zusammenarbeit mit Sozialpädiatrischem Zentrum</i>
61	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
62	Neugeborenencreening
63	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren <i>mit Sedierung</i>
64	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
65	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
66	Versorgung von Mehrlingen
67	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
68	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
69	Pädiatrische Intensivmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl:	2959
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	215
2	J20	Akute Bronchitis	151
3	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	136
4	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	120
5	S06	Intrakranielle Verletzung	110
6	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	93
7	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	81
8	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	67
9	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	65
10	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	63
11	S01	Offene Wunde des Kopfes	58
12	J02	Akute Pharyngitis	55
13	K29	Gastritis und Duodenitis	52
14	J21	Akute Bronchiolitis	51
15	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	51
16	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	46
17	R56	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	43
18	R55	Synkope und Kollaps	40
19	J05	Akute obstruktive Laryngitis [Krupp] und Epiglottitis	33

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	33
21	G40	Epilepsie	33
22	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	32
23	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	32
24	J03	Akute Tonsillitis	28
25	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	27
26	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	26
27	R11	Übelkeit und Erbrechen	25
28	R07	Hals- und Brustschmerzen	23
29	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	22
30	R06	Störungen der Atmung	22

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	334
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	281
3	8-010	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen	214
4	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	202
5	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	170
6	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	149
7	8-903	(Analgo-)Sedierung	139
8	8-121	Darmspülung	123
9	8-900	Intravenöse Anästhesie	115
10	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	105

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	100
12	8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen	83
13	8-720	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen	80
14	1-760	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung	76
15	8-560	Lichttherapie	74
16	5-921	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen	61
17	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	54
18	5-923	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen	50
19	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	48
20	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	46
21	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	44
22	8-701	Einfache endotracheale Intubation	36
23	6-003	Applikation von Medikamenten, Liste 3	31
24	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	28
25	1-650	Diagnostische Koloskopie	27
26	8-191	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen	20
27	1-992	Durchführung von Genmutationsanalysen und Genexpressionsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen	19
28	1-710	Ganzkörperplethysmographie	19
29	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	18
30	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	18

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	DR. MED. VON BUCH
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VK00 - Behandlungsangebot für privat versicherte Patienten
	<i>Behandlungsangebot für privat versicherte Patienten (VK00)</i>

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	16,10	16,10	0,00	0,00	16,10	183,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,03	5,03	0,00	0,00	5,03	588,3

Abkürzungen:

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

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie
2	Kinder- und Jugendmedizin
3	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Diabetologie
2	Kinder-Gastroenterologie

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	27,16	27,16	0,00	0,00	27,16	108,9
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,25	1,25	0,00	0,00	1,25	2367,2
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,40	2,40	0,00	0,00	2,40	1232,9

Abkürzungen:

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

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Casemanagement

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Schmerzmanagement
2	Diabetes
3	Still- und Laktationsberatung <i>z. B Still- und Laktationsberater (IBCLC)</i>

B-[3] Unfallchirurgie und allgemeine Chirurgie Bad Kreuznach

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Unfallchirurgie und allgemeine Chirurgie Bad Kreuznach
Straße:	Ringstraße
Hausnummer:	64
PLZ:	55543
Ort:	Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/medizin-und-pflege/fachabteilungen/chirurgie/

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1590) Allgemeine Chirurgie/ohne Diff. nach Schwerp (II)
2	(1516) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
3	(1600) Unfallchirurgie
4	(1513) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
5	(1550) Allgemeine Chirurgie/Schwerp. Abdominal-/Gefäßchirurgie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Eckart Bader, Chefarzt
Telefon:	0671 605 2024
Fax:	0671 605 2079
E-Mail:	info-dkkd@kreuznacherdiakonie.de

B-[3].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Ringstraße 64
PLZ/Ort:	55543 Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Tumorchirurgie
2	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln <i>z.B. Myositis ossificans</i>
4	Konventionelle Röntgenaufnahmen
5	Bandrekonstruktionen/Plastiken <i>Operationen am Kniegelenk durch Gelenkspiegelung (Arthroskopie), Kreuzbandplastik</i>
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
7	Native Sonographie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
8	Arthroskopische Operationen
9	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels <i>Modernste Osteosyntheseverfahren mit Titan-Implantaten (Platten/Nägel)</i>
11	Minimalinvasive endoskopische Operationen <i>Schwerpunkt: endoskopische Eingriffe bei Leistenbrüchen</i>
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen <i>Chirurgie des Pylorospasmus</i>
13	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
14	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
15	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand <i>Modernste Osteosyntheseverfahren mit Titan-Implantaten (Platten/Nägel)</i>
16	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
17	Chirurgie der peripheren Nerven <i>Carpaltunnelsyndrom, Fußwurzelsyndrom, Dupuytren'sche Kontraktur</i>
18	Amputationschirurgie
19	Handchirurgie
20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
21	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels <i>Modernste Osteosyntheseverfahren mit Titan-Implantaten (Platten/Nägel)</i>
22	Magen-Darm-Chirurgie <i>Operationen bei gutartigen und bösartigen Neubildungen, minimal-invasive Darmoperationen</i>
23	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes <i>Modernste Osteosyntheseverfahren mit Titan-Implantaten (Platten/Nägel)</i>
24	Schrittmachereingriffe <i>gemeinsam mit Abteilung für Innere Medizin</i>
25	Schulterchirurgie
26	Fußchirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
27	Kindertraumatologie <i>Schwerpunkt (gesamte Kinderunfallchirurgie)</i>
28	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes <i>Modernste Osteosyntheseverfahren mit Titan-Implantaten (Platten/Nägel)</i>
29	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
30	Spezialsprechstunde <i>BG-Sprechstunde, D-Arzt</i>
31	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
32	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
33	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
34	Metall-/Fremdkörperentfernungen
35	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
36	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
37	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
38	Portimplantation
39	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes <i>Modernste Osteosyntheseverfahren mit Titan-Implantaten (Platten/Nägel)</i>
42	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
43	Minimalinvasive laparoskopische Operationen <i>Operationen an Gallenblase, Blinddarm, Magen und Dickdarm (insbesondere bei Divertikeln)</i>
44	Operationen wegen Thoraxtrauma <i>Bülaudrainagen</i>
45	Septische Knochenchirurgie
46	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
47	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
48	Endokrine Chirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen

- 49 Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
- 50 Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen

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

Vollstationäre Fallzahl:	3018
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06	Intrakranielle Verletzung	359
2	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	216
3	K40	Hernia inguinalis	209
4	K80	Cholelithiasis	194
5	S52	Fraktur des Unterarmes	176
6	S72	Fraktur des Femurs	154
7	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	130
8	K57	Divertikulose des Darmes	123
9	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	121
10	K35	Akute Appendizitis	115
11	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	102
12	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	75
13	A46	Erysipel [Wundrose]	59
14	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	47
15	K43	Hernia ventralis	40
16	K42	Hernia umbilicalis	40
17	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	31

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	L03	Phlegmone	29
19	L05	Pilonidalzyste	26
20	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	25
21	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	24
22	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	24
23	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	23
24	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	23
25	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	23
26	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	21
27	N30	Zystitis	21
28	E04	Sonstige nichttoxische Struma	19
29	K29	Gastritis und Duodenitis	19
30	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	19

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	256
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	214
3	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	200
4	5-511	Cholezystektomie	196
5	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	195
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	174
7	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	165
8	5-916	Temporäre Weichteildeckung	156

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	151
10	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	141
11	5-931	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials	139
12	5-470	Appendektomie	120
13	5-469	Andere Operationen am Darm	110
14	9-984	Pflegebedürftigkeit	89
15	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	81
16	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	80
17	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	74
18	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	68
19	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	68
20	1-650	Diagnostische Koloskopie	61
21	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	58
22	8-190	Spezielle Verbandstechniken	52
23	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	52
24	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	49
25	8-192	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde	48
26	5-543	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe	47
27	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	46
28	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes	46
29	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	40
30	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	35

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ERMÄCHTIGUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116A SGB V BZW. § 31 ABS. 1A ÄRZTE-ZV (UNTERVERSORGUNG)
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
	LEISTUNGEN:
	VC00 - Eingeschränkte Ermächtigung <i>Eingeschränkte Ermächtigung (VC00)</i>
2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC00 - Uneingeschränktes Behandlungsangebot für privat versicherte Patienten <i>Uneingeschränktes Behandlungsangebot für privat versicherte Patienten (VC00)</i>
3	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VC00 - Nachbehandlung nach stationärem Aufenthalt <i>Nachbehandlung nach stationärem Aufenthalt (VC00)</i>
4	D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE AMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC00 - Alle Arten von Arbeitsunfällen <i>Alle Arten von Arbeitsunfällen (VC00)</i>
5	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VC00 - Behandlung aller Notfallpatienten <i>Behandlung aller Notfallpatienten (VC00)</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	120
2	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	41
3	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	40
4	5-640	Operationen am Präputium	17
5	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	13
6	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	13
7	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	11
8	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	11
9	5-841	Operationen an Bändern der Hand	9
10	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	4
11	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	4
12	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	4
13	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
14	5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes	< 4
15	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
16	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4
17	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	< 4
18	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
19	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	< 4
20	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
21	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	< 4
22	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
24	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
25	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	< 4

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

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	13,46	13,46	0,00	0,00	13,46	224,2
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,09	5,09	0,00	0,00	5,09	592,9

Abkürzungen:

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

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Spezielle Unfallchirurgie

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	22,66	22,66	0,00	0,00	22,66	133,2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,92	0,92	0,00	0,00	0,92	3280,4
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,98	0,98	0,00	0,00	0,98	3079,6
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,50	0,50	0,00	0,00	0,50	6036,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,00	3,00	0,00	0,00	3,00	1006,0

Abkürzungen:

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Qualitätsmanagement
2	Sturzmanagement
3	Wundmanagement
4	Dekubitusmanagement
5	Ernährungsmanagement
6	Kinästhetik
7	Basale Stimulation
8	Bobath

B-[4] Plastische und rekonstruktive Chirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Plastische und rekonstruktive Chirurgie
Straße:	Ringstraße
Hausnummer:	64
PLZ:	55543
Ort:	Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/medizin-und-pflege/fachabteilungen/plastische-rekonstruktive-und-aesthetische-chirurgie/

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1900) Plastische Chirurgie

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

Name/Funktion:	Dr. med. André Borsche, Chefarzt
Telefon:	0671 605 2110
Fax:	0671 605 2112
E-Mail:	plastische-chirurgie@kreuznacherdiakonie.de

B-[4].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Ringstraße 64
PLZ/Ort:	55543 Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie <i>Narbensparende Techniken</i>
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde <i>Plastische Resektionen benigner oder maligner Tumore oder schwerer Entzündungen</i>
3	Behandlung von Dekubitalgeschwüren <i>Lappenplastiken bei Patienten mit Querschnittslähmung und Spina bifida</i>
4	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie <i>Rekonstruktion der Nase mit Knorpel- und Knochen-Transplantaten</i>
5	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse <i>Plastische Rekonstruktion der Brust mit Implantaten oder Eigengewebe (DIEP-, TRAM- oder LATISSIMUS-Lappen)</i>
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut <i>Akutbehandlung und plastisch-rekonstruktive Eingriffe bei Verbrennungen und deren Folgen</i>
7	Native Sonographie
8	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich <i>Mikrochirurgie, Lappenplastiken</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
9	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse <i>Plastische Korrektur angeborener Fehlbildungen (tubular breast) oder bei Gynäkomastie</i>
10	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
11	Handchirurgie
12	Wundheilungsstörungen
13	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe <i>Gewebetransplantationen und mikrochirurgische Lappenplastiken</i>
14	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren <i>Stadiengerechtes Tumorthераpiekonzept, Sicherheitsnachresektionen</i>
15	Ästhetische Dermatologie
16	Dermatochirurgie
17	Adipositaschirurgie
18	Chirurgie der peripheren Nerven <i>Mikrochirurgie, Nervenreparatur</i>
19	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
20	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres <i>Ohrmuschelplastiken</i>
21	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes <i>primäre und sekundäre Gesichtsrekonstruktion (Expandereinlage, Narbenkorrekturen, Dermojet)</i>
22	Mammachirurgie
23	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen <i>Standardisiertes Therapiekonzept bei Ulcus cruris</i>
24	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand <i>Elektive Handchirurgie, Morbus Dupuytren</i>
25	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen <i>Hand- und Gesichtsfehlbildungen (Lippenspalten, Syndaktylien, Hämangiome)</i>
26	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren <i>Ohrmuschelaufbau</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
27	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres <i>Korrektur abstegender Ohren</i>
28	Verbrennungschirurgie
29	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich <i>Standardisiertes Sicherheitskonzept und ästhetische Wiederherstellung inklusive großer Tumochirurgie</i>
30	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren <i>Formerhaltende Tumorchirurgie</i>
31	Offen-chirurgische Operationen bei Leisten-, Bauchwand- und Narbenbrüchen <i>Spezialisierung auf komplizierte Bauchwand- und Narbenbrüche</i>
32	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege <i>Spezialisierung auf Nasenkorrekturen</i>
33	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung <i>Plastische Rekonstruktion der Brust nach Tumorbestrahlung</i>
34	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita <i>Augenlidplastik und Korrektur der Lidheberschwäche</i>
35	Plastische Chirurgie <i>Spezialisierung auf Gesichts- und Brustchirurgie</i>
36	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse <i>Vergrößerung, Verkleinerung oder Straffung der Brust</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	600
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	224
2	E65	Lokalisierte Adipositas	42
3	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	27
4	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	25
5	L90	Atrophische Hautkrankheiten	24
6	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	18
7	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	18
8	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	16
9	H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	14
10	E88	Sonstige Stoffwechselstörungen	12
11	K42	Hernia umbilicalis	11
12	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	9
13	K43	Hernia ventralis	8
14	C43	Bösartiges Melanom der Haut	7
15	S01	Offene Wunde des Kopfes	7
16	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	7
17	S81	Offene Wunde des Unterschenkels	7
18	D04	Carcinoma in situ der Haut	6
19	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	5
20	L03	Phlegmone	5
21	N64	Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	5
22	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	5
23	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	4
24	D22	Melanozytennävus	4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	4
26	D03	Melanoma in situ	4
27	L57	Hautveränderungen durch chronische Exposition gegenüber nichtionisierender Strahlung	4
28	D23	Sonstige gutartige Neubildungen der Haut	4
29	M72	Fibromatosen	4
30	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	< 4

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	468
2	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	421
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	260
4	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	241
5	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	143
6	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	117
7	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	110
8	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	109
9	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	88
10	8-190	Spezielle Verbandstechniken	77
11	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	61
12	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	55
13	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	40
14	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	40

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	35
16	5-919	Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung	32
17	5-884	Mammareduktionsplastik	30
18	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	28
19	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	19
20	5-217	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase	18
21	9-984	Pflegebedürftigkeit	17
22	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	16
23	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	15
24	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	15
25	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	15
26	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	14
27	5-546	Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum	14
28	5-858	Entnahme und Transplantation von Muskel, Sehne und Faszie mit mikrovaskulärer Anastomosierung	14
29	5-889	Andere Operationen an der Mamma	13
30	5-097	Blepharoplastik	13

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	DR. MED. BORSCHE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC00 - uneingeschränktes Behandlungsangebot für privat versicherte Patienten

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	7
2	5-097	Blepharoplastik	< 4
3	5-841	Operationen an Bändern der Hand	< 4
4	5-909	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	< 4
5	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	< 4
6	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4

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

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	6,18	6,18	0,00	0,00	6,18	97,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,18	4,18	0,00	0,00	4,18	143,5

Abkürzungen:

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

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Allgemeinchirurgie
2	Plastische und Ästhetische Chirurgie

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,63	11,63	0,00	0,00	11,63	51,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,03	3,03	0,00	0,00	3,03	198,0

Abkürzungen:

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

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Entlassungsmanagement
2	Qualitätsmanagement
3	Wundmanagement
4	Basale Stimulation
5	Dekubitusmanagement

B-[5] Urologie

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Urologie
Straße:	Ringstraße
Hausnummer:	64
PLZ:	55543
Ort:	Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/medizin-und-pflege/belegabteilungen/urologie/

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2200) Urologie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Christian Lippert, Belegarzt
Telefon:	0671 41081
Fax:	0671 44100
E-Mail:	info@uro-kh.de

Name/Funktion:	Dr. med. Klaus Wölbart, Belegarzt
Telefon:	0671 41081
Fax:	0671 44100
E-Mail:	info@uro-kh.de

Name/Funktion:	Dr. med. Olaf Dilk, Belegarzt
Telefon:	0671 41081
Fax:	0671 44100
E-Mail:	info@uro-kh.de

Name/Funktion:	Susanne Christmann, Belegärztin
Telefon:	0671 41081
Fax:	0671 44100
E-Mail:	info@uro-kh.de

B-[5].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Ringstraße 64
PLZ/Ort:	55543 Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Prostatazentrum</p> <p><i>HIFU - hochintensiver fokussierter Ultraschall zur Therapie bei Prostatakrebs</i></p>
2	<p>offen-chirurgische Operationen bei Leistenbrüchen</p> <p><i>inklusive Netzimplantation</i></p>
3	<p>Minimalinvasive endoskopische Operationen</p> <p><i>inklusive Laser-Operationen</i></p>
4	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>lokale Strahlentherapie bei Prostatakrebs (Seed-Implantation)</i>
5	Nierenchirurgie <i>inklusive organerhaltender Tumorchirurgie</i>
6	Neuro-Urologie <i>Behandlung bei Querschnittslähmung, Urodynamik</i>
7	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems <i>perkutane Eingriffe an der Niere</i>
8	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis <i>Zertrümmerung von Nierensteinen (ESWL), auch mittels Laser</i>
9	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems <i>inklusive Kinderurologie</i>
11	Kinderurologie
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters <i>inklusive Chemotherapie (ambulant und stationär)</i>
13	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
14	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase <i>Neubildung einer Ersatzblase, Refluxoperationen</i>
15	Inkontinenzchirurgie <i>minimalinvasive Bandsuspensionen</i>
16	Tumorchirurgie <i>radikalchirurgische Eingriffe an Blase und Prostata</i>
17	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane <i>inklusive Abklärung der erektilen Dysfunktion</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	1146
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N20	Nieren- und Ureterstein	222
2	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	158
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	101
4	N40	Prostatahyperplasie	96
5	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	82
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	59
7	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	44
8	N30	Zystitis	37
9	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	33
10	N45	Orchitis und Epididymitis	27
11	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	24
12	N35	Harnröhrenstriktur	23
13	N43	Hydrozele und Spermatozele	21
14	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	15
15	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	15
16	N31	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert	14
17	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	14
18	R39	Sonstige Symptome, die das Harnsystem betreffen	12
19	T83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt	12
20	R33	Harnverhaltung	11
21	K40	Hernia inguinalis	11

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	N23	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik	8
23	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	7
24	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	6
25	N42	Sonstige Krankheiten der Prostata	6
26	N21	Stein in den unteren Harnwegen	5
27	N44	Hodentorsion und Hydatidentorsion	5
28	A41	Sonstige Sepsis	4
29	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	4
30	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	< 4

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-560	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters	896
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	569
3	3-13d	Urographie	217
4	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	132
5	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	110
6	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	104
7	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	85
8	5-985	Lasertechnik	83
9	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	78
10	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	72
11	8-110	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen	57

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	1-464	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen	56
13	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	54
14	5-572	Zystostomie	51
15	8-132	Manipulationen an der Harnblase	50
16	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	39
17	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	30
18	5-579	Andere Operationen an der Harnblase	25
19	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	22
20	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	21
21	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	21
22	6-003	Applikation von Medikamenten, Liste 3	21
23	5-611	Operation einer Hydrocele testis	19
24	3-13f	Zystographie	18
25	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	18
26	9-984	Pflegebedürftigkeit	17
27	5-640	Operationen am Präputium	16
28	8-525	Sonstige Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	13
29	5-602	Transrektale und perkutane Destruktion von Prostatagewebe	13
30	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	12

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRAXIS DRES. MED. LIPPERT/WÖLBERT/DILK/CHRISTMANN
	Belegarztpraxis am Krankenhaus
	LEISTUNGEN:
	VU00 - Behandlung von gesetzlich und privat versicherten Patienten

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-640	Operationen am Präputium	121
2	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	55
3	5-624	Orchidopexie	38
4	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	8
5	5-560	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters	7
6	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	7
7	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	6
8	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	5
9	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	5
10	5-612	Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe	4
11	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	< 4
12	5-622	Orchidektomie	< 4
13	5-611	Operation einer Hydrocele testis	< 4
14	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	< 4
15	8-900	Intravenöse Anästhesie	< 4
16	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	< 4
18	5-581	Plastische Meatotomie der Urethra	< 4
19	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
20	5-572	Zystostomie	< 4

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

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	4					286,5

Abkürzungen:

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

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Urologie

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Andrologie <i>Dres. Lippert/Wölbert</i>
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden - <i>Dres. Lippert/Wölbert</i>
3	Medikamentöse Tumortherapie <i>Dres. Lippert/Wölbert/Christmann</i>
4	Palliativmedizin <i>Dr. Lippert</i>

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Qualitätsmanagement
2	Stomamanagement
3	Dekubitusmanagement
4	Entlassungsmanagement
5	Kinästhetik
6	Kontinenzmanagement
7	Basale Stimulation
8	Bobath

B-[6] Orthopädie und Rheumaorthopädie Bad Kreuznach

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Orthopädie und Rheumaorthopädie Bad Kreuznach
Straße:	Ringstraße
Hausnummer:	64
PLZ:	55543
Ort:	Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/medizin-und-pflege/fachabteilungen/orthopaedie/

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3755) Wirbelsäulenchirurgie
2	(2309) Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
3	(2390) Orthopädie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten (II)
4	(2300) Orthopädie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Jochen Jung, Chefarzt
Telefon:	0671 605 2125
Fax:	0671 605 2129
E-Mail:	orthopaedie@kreuznacherdiakonie.de

B-[6].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Ringstraße 64
PLZ/Ort:	55543 Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Physikalische Therapie
2	Sportmedizin/Sporttraumatologie <i>In Zusammenarbeit mit Olympiastützpunkt/Sportmedizinischen Untersuchungszentrum</i>
3	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand <i>posttraumatische Rekonstruktionen am Handgelenk, Umstellungsprothetik</i>
4	Handchirurgie <i>Incl. Handgelenksprothesen</i>
5	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien <i>In Kooperation mit unserem WS-Zentrum, PWG - Zertifikat</i>
6	Schmerztherapie
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels <i>posttraumatische Fehlstellungskorrekturen, Rekonstruktion des Hüftgelenks, Endoprothetik inklusive Sonderprothesen (auch Becken- oder Oberschenkelteilersatz)</i>
8	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie <i>In Zusammenarbeit mit der Abtg. Anästhesie</i>
9	Rheumachirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
10	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens <i>durch Orthopaedie I, der Wirbelsäule in Kooperation mit unserem WS-Zentrum</i>
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus <i>Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose; in Kooperation mit unserem WS-Zentrum</i>
13	Traumatologie
14	Wirbelsäulenchirurgie <i>in Kooperation mit unserem WS-Zentrum</i>
15	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
16	Kinderorthopädie <i>incl. Extremitätenverlängerung und Skoliosentherapie; Kinder aus den angrenzenden Behindertenbereichen</i>
17	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ <i>Über Abtg. Radiologie</i>
18	Bandrekonstruktionen/Plastiken <i>Kniegelenk (Kreuzbandplastik), Sprunggelenk, Schultergelenk</i>
19	Therapie mit offenen Radionukliden <i>Radiosynoviorthese (Zusammenarbeit mit nuklearmedizinischer Praxis) Dr. Zöller Bad Kreuznach</i>
20	Chirurgie der Bewegungsstörungen <i>Arthrolysen an allen Gelenken</i>
21	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels <i>posttraumatische Endoprothetik am Kniegelenk, Korrektur von Pseudarthrosen und sekundäre Kreuzbandplastiken</i>
22	Intraoperative Anwendung der Verfahren <i>OP Roboter (MAKO), spinale Navigation (Brainlab)</i>
23	Chirurgie der peripheren Nerven <i>Operative Korrekturen bei Engpass-Syndromen</i>
24	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane <i>Incl. Metastasenchirurgie und prim. Knochentumoren; in teilweiser Kooperation mit unserem WS-Zentrum</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
25	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik <i>Gelenkersatz am Schultergelenk, Ellenbogengelenk, Handgelenk, Fingergelenken, Hüftgelenk, Kniegelenk und Sprunggelenk; zertifiziertes Endoprothesenzentrum der Maximalversorgung</i>
26	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel <i>Über Abtg. Radiologie</i>
27	Endoprothetik <i>Alle Gelenke (Endoprothesen Zentrum) Endocert; computergestützte Kniegelenkprothesenimplantation /MAKO System/ Firma Stryker</i>
28	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
29	Fußchirurgie <i>DGFFC-Zertifikat, GFCC Master Zertifikat</i>
30	CAD-Planung <i>Endoprothetik aller Gelenke mit CAD-Planung incl. Hüft- und Kniegelenkersatz</i>
31	Arthroskopische Operationen
32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes <i>posttraumatische Endoprothetik, Rekonstruktion bei Verletzungen der Rotatorenmanschette</i>
33	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>Über Abtg. Radiologie</i>
34	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
35	Spezialsprechstunde <i>Rheumatologie, Kinderorthopädie, Wirbelsäulensprechstunde in Kooperation mit unserem WS-Zentrum, Endoprothesensprechstunde</i>
36	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes <i>posttraumatische Endoprothetik bei Destruktionen und Arthrosen des Sprunggelenks</i>
38	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
39	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen <i>konservative multimodale Schmerztherapie, Denervierungen in Kooperation mit unserem Wirbelsäulenzentrum, konservative Schmerztherapie</i>
40	Native Sonographie <i>Incl. Säuglingssonographie</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
41	Septische Knochenchirurgie <i>inklusive Gelenkinfektionen und septischer Prothesenwechsel an allen Gelenken</i>
42	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
43	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
44	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens <i>In Zusammenarbeit mit unserem WS-Zentrum, incl. Kindliche/Jugendliche Skoliosen</i>
45	Konventionelle Röntgenaufnahmen <i>Über Abtg. Radiologie</i>
46	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen <i>Zusammenarbeit mit dem Rehabilitationszentrum Bethesda kreuznacher diakonie (Dr. Schmidt-Ohlemann)</i>
47	Tumorchirurgie <i>Sonderprothesen bei bösartigen Erkrankungen des Knochens; Zusammenarbeit mit Tumorboard St. Marienwörth und Diakonie Bad Kreuznach</i>
48	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
49	Schulterchirurgie <i>Incl. Prothesen</i>
50	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes <i>Incl. Endoprothesen</i>
51	Metall-/Fremdkörperentfernungen
52	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens <i>In Zusammenarbeit mit unserem WS-Zentrum</i>
53	Computertomographie (CT), nativ <i>Über Abtg. Radiologie</i>
54	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule <i>In Kooperation mit unserem Wirbelsäulenzentrum</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	2059
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M47	Spondylose	174
2	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	163
3	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	162
4	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	150
5	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	148
6	M54	Rückenschmerzen	117
7	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	95
8	M48	Sonstige Spondylopathien	76
9	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	69
10	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	55
11	M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	43
12	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	40
13	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	37
14	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	37
15	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	35
16	M06	Sonstige chronische Polyarthritiden	35
17	S72	Fraktur des Femurs	30
18	M75	Schulterläsionen	29
19	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	27
20	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	27

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	25
22	M19	Sonstige Arthrose	25
23	M22	Krankheiten der Patella	24
24	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	23
25	M87	Knochennekrose	22
26	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	20
27	M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	19
28	M94	Sonstige Knorpelkrankheiten	19
29	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	18
30	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	16

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	846
2	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	282
3	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	248
4	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	234
5	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	218
6	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	206
7	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	198
8	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	174
9	5-835	Knochenersatz an der Wirbelsäule	158
10	5-786	Osteosyntheseverfahren	156
11	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	148

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	8-020	Therapeutische Injektion	140
13	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	140
14	5-931	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials	133
15	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	122
16	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	110
17	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	107
18	5-836	Spondylodese	106
19	5-988	Anwendung eines Navigationssystems	105
20	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	91
21	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	88
22	5-784	Knochentransplantation und -transposition	86
23	5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	80
24	1-854	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels	77
25	5-83a	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)	70
26	5-830	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	63
27	5-808	Arthrodesen	62
28	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	60
29	5-983	Reoperation	57
30	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	57

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	DR. MED. JUNG
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VO00 - uneingeschränktes Behandlungsangebot für privat versicherte Patienten
2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VO00 - Notfallversorgung aller Patienten

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	16
2	5-841	Operationen an Bändern der Hand	4
3	5-808	Arthrodesese	< 4
4	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
5	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
6	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	< 4
7	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	< 4
8	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4
9	5-844	Operation an Gelenken der Hand	< 4
10	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
11	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	< 4

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

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

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	10,13	10,13	0,00	0,00	10,13	203,3
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,25	6,25	0,00	0,00	6,25	329,4

Abkürzungen:

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

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Kinder-Orthopädie
2	Orthopädische Rheumatologie
3	Spezielle Orthopädische Chirurgie
4	Manuelle Medizin/Chirotherapie
5	Sportmedizin

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	27,03	27,03	0,00	0,00	27,03	76,2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	2059,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,74	0,74	0,00	0,00	0,74	2782,4
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	2059,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,82	1,82	0,00	0,00	1,82	1131,3

Abkürzungen:

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

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

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

B-[7] Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Straße:	Ringstraße
Hausnummer:	64
PLZ:	55543
Ort:	Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/medizin-und-pflege/fachabteilungen/gynaekologie-und-geburtshilfe/

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Dr. med. Michael Kumbartski, Chefarzt
Telefon:	0671 605 2100
Fax:	0671 605 2103
E-Mail:	info-dkhd@kreuznacherdiakonie.de

B-[7].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Ringstraße 64
PLZ/Ort:	55543 Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
2	Ambulante Entbindung
3	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse <i>Kooperation mit dem Brustzentrum des Katholischen Klinikums Mainz</i>
4	Gynäkologische Chirurgie
5	Hochvoltstrahlentherapie <i>Kooperation mit Dr. Staab und Universitätsmedizin Mainz (Linearbeschleuniger)</i>
6	Pränataldiagnostik und -therapie <i>Amniocentese, Ersttrimesterscreening, DEGUM II</i>
7	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden <i>Kooperation mit Universitätsmedizin Mainz (Afterloading-Therapie)</i>
8	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie <i>In Zusammenarbeit mit der Abteilung für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie</i>
9	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse <i>Kooperation mit dem Brustzentrum des Katholischen Klinikums Mainz</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
10	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
11	Spezialsprechstunde <i>Mamma-Sprechstunde, Beratung und Aufklärung bei Risikoschwangerschaften, Impfberatung von Mädchen (HPV), Pränataldiagnostik</i>
12	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
13	Geburtshilfliche Operationen
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
15	Betreuung von Risikoschwangerschaften
16	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
17	Endoskopische Operationen
18	Inkontinenzchirurgie
19	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane

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

Vollstationäre Fallzahl:	3969
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	758
2	O42	Vorzeitiger Blasensprung	212
3	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	188
4	P08	Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht	179
5	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	168
6	O70	Dammriss unter der Geburt	164

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	161
8	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	124
9	O48	Übertragene Schwangerschaft	88
10	D25	Leiomyom des Uterus	80
11	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	79
12	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	77
13	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	72
14	O80	Spontangeburt eines Einlings	68
15	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	64
16	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	60
17	O65	Geburtshindernis durch Anomalie des mütterlichen Beckens	58
18	Z39	Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter	58
19	O41	Sonstige Veränderungen des Fruchtwassers und der Eihäute	56
20	O14	Präeklampsie	49
21	R94	Abnorme Ergebnisse von Funktionsprüfungen	49
22	P21	Asphyxie unter der Geburt	47
23	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	43
24	D06	Carcinoma in situ der Cervix uteri	41
25	O03	Spontanabort	41
26	P37	Sonstige angeborene infektiöse und parasitäre Krankheiten	39
27	O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	37
28	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	36
29	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	35
30	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	33

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	1263
2	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	1207
3	5-749	Andere Sectio caesarea	707
4	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	641
5	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	489
6	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	405
7	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	357
8	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	296
9	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	266
10	5-738	Episiotomie und Naht	176
11	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	140
12	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	117
13	5-661	Salpingektomie	92
14	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	91
15	9-280	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes	80
16	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	78
17	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	77
18	5-728	Vakuumentbindung	72
19	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	71
20	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	65
21	5-653	Salpingoovariektomie	47
22	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	43
23	5-671	Konisation der Cervix uteri	43

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	5-469	Andere Operationen am Darm	37
25	5-740	Klassische Sectio caesarea	31
26	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	30
27	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	25
28	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	25
29	5-572	Zystostomie	24
30	5-712	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva	23

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	DR. MED. KUMBARTSKI
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VG00 - uneingeschränktes Behandlungsangebot für privat versicherte Patienten

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	131
2	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	114
3	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	17
4	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	14
5	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	7
6	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	6
7	5-671	Konisation der Cervix uteri	5
8	5-881	Inzision der Mamma	< 4
9	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
11	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	< 4
12	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
13	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	< 4

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

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

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	10,16	10,16	0,00	0,00	10,16	390,7
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,92	6,92	0,00	0,00	6,92	573,6

Abkürzungen:

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

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie
2	Akupunktur
3	Psychotherapie - fachgebunden -

B-[7].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	13,42	13,42	0,00	0,00	13,42	295,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,07	11,07	0,00	0,00	11,07	358,5
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,50	0,50	0,00	0,00	0,50	7938,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,95	9,95	0,00	0,00	9,95	398,9

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,13	3,13	0,00	0,00	3,13	1268,1
--	------	------	------	------	------	--------

Abkürzungen:

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes <i>Diabetesassistentin, Ernährungsberatung/Anleitung</i>
2	Palliative Care
3	Still- und Laktationsberatung <i>z. B Still- und Laktationsberater (IBCLC)</i>

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

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Straße:	Ringstraße
Hausnummer:	64
PLZ:	55543
Ort:	Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/medizin-und-pflege/belegabteilungen/hals-nasen-ohrenheilkunde/

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	PD Dr. med. Christoph Aletsee, Belegarzt
Telefon:	0671 41020
Fax:	0671 605 2439
E-Mail:	info@hno-bad-kreuznach.de

Name/Funktion:	Dr. med. Alessandro Relic, Belegarzt
Telefon:	0671 41020
Fax:	0671 605 2439
E-Mail:	info@hno-bad-kreuznach.de

B-[8].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Ringstraße 64
PLZ/Ort:	55543 Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
2	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
4	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
8	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
13	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
14	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
15	Schwindeldiagnostik/-therapie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
16	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln
17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
18	Mittelohrchirurgie
19	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
20	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
21	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
22	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
23	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
24	Diagnostik und Therapie von Allergien
25	Spezialsprechstunde
	<i>Schlafmedizin, Allergiesprechstunde</i>
26	Endoskopie
27	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
28	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
29	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
30	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
31	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
32	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
33	Interdisziplinäre Tumornachsorge
34	Duplexsonographie
35	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea

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

Vollstationäre Fallzahl:	437
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	G47	Schlafstörungen	135
2	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	64
3	J32	Chronische Sinusitis	49
4	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	31
5	R42	Schwindel und Taumel	15
6	H93	Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert	14
7	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	13
8	K11	Krankheiten der Speicheldrüsen	10
9	R04	Blutung aus den Atemwegen	7
10	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	6
11	J36	Peritonsillarabszess	6
12	H83	Sonstige Krankheiten des Innenohres	5
13	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	5
14	J03	Akute Tonsillitis	4
15	H91	Sonstiger Hörverlust	4
16	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	4
17	K14	Krankheiten der Zunge	4
18	H81	Störungen der Vestibularfunktion	4
19	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	< 4
20	K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	J95	Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
22	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	< 4
23	J37	Chronische Laryngitis und Laryngotracheitis	< 4
24	D14	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems	< 4
25	Q18	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gesichtes und des Halses	< 4
26	C09	Bösartige Neubildung der Tonsille	< 4
27	Z43	Versorgung künstlicher Körperöffnungen	< 4
28	K09	Zysten der Mundregion, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
29	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	< 4
30	B27	Infektiöse Mononukleose	< 4

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	100
2	1-790	Kardiorespiratorische Polysomnographie	88
3	8-717	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen	57
4	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	49
5	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	47
6	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	44
7	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	32
8	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	32
9	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	31
10	5-200	Parazentese [Myringotomie]	26

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	23
12	5-984	Mikrochirurgische Technik	23
13	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	18
14	5-262	Resektion einer Speicheldrüse	13
15	1-242	Audiometrie	11
16	1-630	Diagnostische Ösophagoskopie	10
17	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	10
18	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	9
19	5-272	Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens	8
20	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	7
21	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	6
22	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	5
23	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5
24	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	5
25	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5
26	5-210	Operative Behandlung einer Nasenblutung	5
27	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	4
28	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	4
29	8-500	Tamponade einer Nasenblutung	4
30	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	4

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRAXIS PD DR. MED. ALETSEE/DR. MED. RELIC
	Belegarztpraxis am Krankenhaus
	LEISTUNGEN:
	VH00 - Behandlung von gesetzlich und privat versicherten Patienten

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	46
2	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	42
3	5-216	Reposition einer Nasenfraktur	8
4	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	4
5	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	< 4
6	5-201	Entfernung einer Paukendrainage	< 4
7	5-200	Parazentese [Myringotomie]	< 4
8	5-182	Resektion der Ohrmuschel	< 4
9	5-184	Plastische Korrektur absteher Ohren	< 4
10	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
11	5-260	Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges	< 4

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

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

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2					218,5

Abkürzungen:

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

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
2	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Akupunktur
2	Schlafmedizin
3	Allergologie
4	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[8].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,77	6,77	0,00	0,00	6,77	64,5
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,03	4,03	0,00	0,00	4,03	108,4
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,60	0,60	0,00	0,00	0,60	728,3

Abkürzungen:

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

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Palliative Care

B-[9] Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
Straße:	Ringstraße
Hausnummer:	64
PLZ:	55543
Ort:	Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/medizin-und-pflege/fachabteilungen/anaesthesie-intensiv-und-palliativmedizin/

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3628) Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
2	(3622) Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
3	(3603) Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
4	(3601) Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
5	(3650) Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
6	(3600) Intensivmedizin
7	(3618) Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
8	(3624) Intensivmedizin/Schwerp. Frauenheilk. und Geburtshilfe
9	(3753) Schmerztherapie
10	(3752) Palliativmedizin
11	(3626) Intensivmedizin/Schwerp. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

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

Name/Funktion:	Dr. med. Gerd Engers, Chefarzt
Telefon:	0671 605 2150
Fax:	0671 605 2152
E-Mail:	dk-anaesthesie-sek@kreuznacherdiakonie.de

B-[9].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Ringstraße 64
PLZ/Ort:	55543 Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
2	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
3	Schrittmachereingriffe
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge <i>Lungenschonende Beatmungsverfahren</i>
5	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz <i>alle Hämofiltrationsverfahren (insbesondere CVVHDF) und intermittierende Dialyse</i>
6	Spezialsprechstunde <i>Schmerzsprechstunde</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
7	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
10	Akute und sekundäre Traumatologie
11	Diagnostik und Therapie von Allergien
12	Endosonographie <i>Transösophageale Echokardiographie</i>
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
19	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
20	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
21	Psychosomatische Komplexbehandlung <i>In Kooperation mit der psychosomatischen Abteilung des Franziska-Stift Bad Kreuznach bei Schmerzpatienten</i>
22	Operative Intensivmedizin <i>Postoperative Intensivtherapie nach großen rekonstruktiven plastisch-chirurgischen Eingriffen und freien Hauttransplantationen</i>
23	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
24	Duplexsonographie
25	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege <i>Dilatationstracheotomie</i>
26	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
27	Konventionelle Röntgenaufnahmen
28	Schmerztherapie
29	Computertomographie (CT), nativ

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
30	Physikalische Therapie
31	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
32	Transfusionsmedizin
33	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
34	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
35	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
36	Schmerztherapie
37	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	<i>Postoperative Intensivtherapie bei HELLP-Syndrom</i>
38	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
39	Palliativmedizin
	<i>Palliativmedizinischer Konsiliardienst für das gesamte Krankenhaus am Standort 1.</i>
40	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
42	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
43	Operative Intensivmedizin
	<i>Postoperative Intensivtherapie nach großen Darmoperationen und Eingriffen bei Krebserkrankungen (mehr als 200 Patienten)</i>
44	Native Sonographie
	<i>inklusive Echokardiographie</i>
45	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
46	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
47	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
48	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
49	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
50	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
51	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
52	Chirurgische Intensivmedizin
53	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
54	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
55	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
56	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
57	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
58	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
59	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
60	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
61	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
62	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
63	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
64	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
65	Intensivmedizin
	<i>Moderne Verfahren zur Überwachung der Herz-Kreislauffunktion inklusive PICCO-Messung</i>
66	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	<i>Citratfiltration</i>
67	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
68	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	<i>Primärüberwachung bei Verdacht auf Angina pectoris oder Herzinfarkt (etwa 500 Patienten)</i>
69	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
70	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
71	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
72	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
73	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
74	Operationen wegen Thoraxtrauma
75	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
76	Defibrillatoreingriffe

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
77	Eindimensionale Dopplersonographie
78	Eingriffe am Perikard

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

Vollstationäre Fallzahl:	242
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I21	Akuter Myokardinfarkt	30
2	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	15
3	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	13
4	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	12
5	A41	Sonstige Sepsis	12
6	I50	Herzinsuffizienz	11
7	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	10
8	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	9
9	I46	Herzstillstand	7
10	S72	Fraktur des Femurs	6
11	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	5
12	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	5
13	I63	Hirnfarkt	5
14	I47	Paroxysmale Tachykardie	4
15	T43	Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	4
16	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	4
17	I26	Lungenembolie	4
18	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	S06	Intrakranielle Verletzung	< 4
20	F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	< 4
21	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	< 4
22	G40	Epilepsie	< 4
23	K35	Akute Appendizitis	< 4
24	M40	Kyphose und Lordose	< 4
25	S36	Verletzung von intraabdominalen Organen	< 4
26	I20	Angina pectoris	< 4
27	J95	Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
28	K85	Akute Pankreatitis	< 4
29	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	< 4
30	T42	Vergiftung durch Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika und Antiparkinsonmittel	< 4

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	657
2	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	636
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	253
4	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	211
5	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	160
6	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	157
7	8-854	Hämodialyse	114
8	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	98

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	86
10	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	69
11	8-701	Einfache endotracheale Intubation	68
12	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	53
13	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	46
14	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	43
15	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	42
16	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	37
17	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	33
18	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	31
19	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	27
20	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	27
21	8-607	Hypothermiebehandlung	25
22	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	21
23	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	20
24	5-916	Temporäre Weichteildeckung	18
25	8-020	Therapeutische Injektion	18
26	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	17
27	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	17
28	5-469	Andere Operationen am Darm	16
29	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	14
30	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	13

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	DR. MED. ENGERS
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VX00 - uneingeschränktes Behandlungsangebot für privat versicherte Patienten

B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	19,83	19,83	0,00	0,00	19,83	12,2
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	13,24	13,24	0,00	0,00	13,24	18,3

Abkürzungen:

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

B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Anästhesiologie

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Palliativmedizin

B-[9].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	29,04	29,04	0,00	0,00	29,04	8,3
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	30,21	30,21	0,00	0,00	30,21	8,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,88	2,88	0,00	0,00	2,88	84,0

Abkürzungen:

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

B-[9].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

B-[9].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Palliative Care
2	Schmerzmanagement

B-[10] Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie
Straße:	Ringstraße
Hausnummer:	64
PLZ:	55543
Ort:	Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/medizin-und-pflege/belegabteilungen/mund-kiefer-und-gesichtschirurgie/

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Dr. med. Dr. med. dent. Achim Dederichs, Belegarzt
Telefon:	0671 40808
Fax:	0671 40809
E-Mail:	info@kieferchirurgie-dederichs.de

B-[10].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Ringstraße 64
PLZ/Ort:	55543 Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
2	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
3	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels
4	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
5	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
6	Kraniofaziale Chirurgie
7	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich
8	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
9	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
10	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
12	Metall-/Fremdkörperentfernungen
13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
14	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
15	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
16	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
18	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
20	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
21	Akute und sekundäre Traumatologie
22	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen <i>angeborene Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten</i>
23	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
24	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
25	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
26	Septische Knochenchirurgie
27	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
28	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
29	Dentoalveoläre Chirurgie
30	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
31	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks

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

Vollstationäre Fallzahl:	16
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K07	Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	9
2	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
3	K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	< 4
4	K10	Sonstige Krankheiten der Kiefer	< 4
5	K03	Sonstige Krankheiten der Zahnhartsubstanzen	< 4
6	K01	Retinierte und impaktierte Zähne	< 4
7	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	< 4

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-777	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes	7
2	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	6
3	5-776	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes	5
4	5-225	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen	5
5	5-769	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	5
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	4
7	5-772	Partielle und totale Resektion der Mandibula	< 4
8	5-764	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae	< 4
9	5-761	Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur	< 4
10	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
11	5-243	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers	< 4
12	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
13	5-230	Zahnextraktion	< 4
14	5-771	Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens	< 4
15	5-241	Gingivaplastik	< 4
16	5-057	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition	< 4
17	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	< 4
18	5-765	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae	< 4

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRAXIS DR. MED. DR. MED. DENT. DEDERICHS		
	Belegarztpraxis am Krankenhaus		
	LEISTUNGEN:		
	VZ00 - Behandlung von gesetzlich und privat versicherten Patienten		

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	< 4

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

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

B-[10].11 Personelle Ausstattung

B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche
Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	1					16,0

Abkürzungen:

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

B-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Plastische Operationen

B-[11] Diagnostische Radiologie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Diagnostische Radiologie
Straße:	Ringstraße
Hausnummer:	64
PLZ:	55543
Ort:	Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/medizin-und-pflege/fachabteilungen/diagnostische-radiologie/

B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3751) Radiologie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Johannes Zander, Chefarzt
Telefon:	0671 605 2130
Fax:	0671 605 2149
E-Mail:	info-dkkd@kreuznacherdiakonie.de

B-[11].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Ringstraße 64
PLZ/Ort:	55543 Bad Kreuznach
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de

B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel</p> <p><i>Schädel inklusive Gesichtsschädel, Nasennebenhöhlen und Felsenbeine, Hals, Thorax, Abdomen und Becken, Extremitäten, Myelo-CT nach lumbaler Myelographie</i></p>
2	<p>Computertomographie (CT), Spezialverfahren</p> <p><i>CT-gesteuerte Gewebepunktionen und Abszessdrainagen, Osteodensitometrien (Terminierung und Befundung durch Röntgenabteilung der Rheumaklinik)</i></p>
3	<p>Interventionelle Radiologie</p> <p><i>CT-gesteuerte Punktionen und Probenentnahme, Abszessdrainagen, Periradikuläre Therapie, Infiltrationen des Iliosakralkgelenkes, PTCD</i></p>
4	<p>Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel</p> <p><i>Schädel, Hals, Wirbelsäule, Thorax, Abdomen und Becken, Extremitäten</i></p>
5	<p>Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren</p> <p><i>MR-Angiographien (v.a. Carotiden, Nierenarterien, Extremitätengefäße)</i></p>
6	<p>Computertomographie (CT), nativ</p> <p><i>Schädel inklusive Gesichtsschädel, Nasennebenhöhlen und Felsenbeine, Hals, Thorax, Abdomen und Becken, Extremitäten</i></p>
7	<p>Knochendichtemessung (alle Verfahren)</p> <p><i>In Kooperation mit Rheumakrankenhaus Bad Kreuznach</i></p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
8	Arteriographie <i>MR-Angiographien</i>
9	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ <i>Schädel, Hals, Wirbelsäule, Thorax, Abdomen und Becken, Extremitäten</i>
10	Konventionelle Röntgenaufnahmen <i>Skelettsystem (inklusive Becken-Bein-Statiken, Wirbelsäulen-Ganzaufnahmen), Thorax und Rippen, Abdomen (Leeraufnahmen, durchleuchtungsgesteuerte Kontrastmitteldarstellungen von Speiseröhre, Magen, Dünn- und Dickdarm), Anlage einer perkutanen transhepatischen Gallenwegsdrainage (PTC...</i>
11	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren <i>Myelographie, Urographie, Miktionszysturographie, Kolonkontrastdarstellung in Mono- und Doppelkontrasttechnik, Ösophagographie, Hysterosalpingographie, Magen-Darm-Passagen</i>
12	Native Sonographie <i>Mitbenutzung des Sonografiegerätes der Inneren Medizin</i>
13	Duplexsonographie <i>Mitbenutzung des Sonografiegerätes der Inneren Medizin</i>
14	Phlebographie <i>DL-gesteuert</i>
15	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung <i>Workstation: Siemens Leonardo</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	1354
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	669
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	509

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	471
5	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	445
6	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	403
7	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	264
8	3-808	Native Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße	243
9	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	235
10	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	160
11	3-202	Native Computertomographie des Thorax	159
12	3-206	Native Computertomographie des Beckens	132
13	3-208	Native Computertomographie der peripheren Gefäße	115
14	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	91
15	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	69
16	3-201	Native Computertomographie des Halses	62
17	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	59
18	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	50
19	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	45
20	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	37
21	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	34
22	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	29
23	3-843	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	26
24	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	25
25	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	16

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	15
27	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	15
28	3-801	Native Magnetresonanztomographie des Halses	11
29	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	9
30	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	9

B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ DR. MED. ZANDER
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VR00 - uneingeschränktes Behandlungsangebot für privat versicherte Patienten
	<i>Dr. Zander Röntgen und CT</i>

B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[11].11 Personelle Ausstattung

B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40
---	----

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	4,58	4,58	0,00	0,00	4,58	0,0

- davon Fachärzte und Fachärztinnen 3,60 3,60 0,00 0,00 3,60 0,0

Abkürzungen:

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

B-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Radiologie
2	Radiologie, SP Kinderradiologie

B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Magnetresonanztomographie - fachgebunden -

B-[11].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39,00
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,66	1,66	0,00	0,00	1,66	0,0

Abkürzungen:

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

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Implantation (09/1)	59	100
2	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Aggregatwechsel (09/2)	20	100
3	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	9	100
4	Implantierbare Defibrillatoren- Implantation (09/4)	24	100
5	Implantierbare Defibrillatoren- Aggregatwechsel (09/5)	13	100
6	Implantierbare Defibrillatoren- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/6)	5	100
7	Gynäkologische Operationen (15/1)	231	100
8	Geburtshilfe (16/1)	1376	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
9	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	57	100
10	Mammachirurgie (18/1)	49	100
11	Dekubitusprophylaxe (DEK)	201	100
12	Hüftendoprothesenve (HEP)	321	100
13	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	252	100,4
<i>Die Dokumentationsrate in diesem Zählleistungsbereich der HEP ist durch verfahrenstechnische Ursachen ggf. teilweise nicht korrekt darstellbar.</i>			
14	Hüftendoprothesenve Hüft- Endoprothesenwechs und Hüftkomponentenwec (HEP_WE)	71	100
15	Knieendoprothesenve (KEP)	181	100
16	Knieendoprothesenve Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie- Schlittenprothesen (KEP_IMP)	135	100
17	Knieendoprothesenve Knieendoprothesenw und Kniekomponentenwec (KEP_WE)	46	100
18	Neonatologie (NEO)	246	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
19	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	210	100

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

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

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

1	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	1103
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,77 % - 0,9 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
2	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Kennzahl-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 3,29 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,1
Grundgesamtheit	59
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

3	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden	
	Kennzahl-ID	52305
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	86,95 % - 94,3 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	95,61 % - 95,76 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	210
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	230

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
4	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde
Kennzahl-ID	52311
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 6,11 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,33 % - 1,5 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	59
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

5	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers aufgrund eines verlangsamten Herzschlags	
	Kennzahl-ID	54139
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	90,39 % - 99,68 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	92,56 % - 92,93 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	54
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	55

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
6 Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem	
Kennzahl-ID	54140
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	84,89 % - 98,09 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,19 % - 98,37 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	51
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	54
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
7	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Mehrzahl der Fälle implantiert werden sollte
Kennzahl-ID	54141
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	84,89 % - 98,09 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	96,27 % - 96,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	51
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	54

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
8	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Minderzahl der Fälle implantiert werden sollte
Kennzahl-ID	54142
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 6,64 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,17 % - 0,24 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	54
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte	
Kennzahl-ID	54143	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	0 % - 6,64 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	= 10,00 % (Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	1,58 % - 1,77 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	54	

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
10	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Kennzahl-ID	1096
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 16,11 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,16 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	20
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

11	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	
	Kennzahl-ID	51398
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,18 % - 0,33 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	20
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

12	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden	
	Kennzahl-ID	52307
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<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 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	70,92 % - 87,43 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	97,67 % - 97,88 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	70
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	87

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
13	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Kennzahl-ID	1089
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 29,91 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,57 % - 0,87 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	9
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

14	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	Kennzahl-ID	51404
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 24,11 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 5,63 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,86 % - 1,15 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,11
	Grundgesamtheit	9

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
15	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden
Kennzahl-ID	52315
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 35,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,6 % - 1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	7
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16	Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers	
Kennzahl-ID	50005	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleich-bedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	86,2 % - 100 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)	
Vertrauensbereich	95,98 % - 96,45 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	24	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	24	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	

17	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	50017
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 13,8 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,58 % - 0,79 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	24
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
19	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden
Kennzahl-ID	52316
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	84,77 % - 96,56 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,79 % - 96,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	75
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	81
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
20	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde
Kennzahl-ID	52325
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 13,8 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,6 % - 0,81 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	24
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
21	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Kennzahl-ID	50030
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 22,81 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,18 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	13

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
22	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Kennzahl-ID	50031
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierter Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierter Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierter Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,13 % - 0,3 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	13

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
23	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden
Kennzahl-ID	52321
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	88,98 % - 99,11 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	98,29 % - 98,49 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	60
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	62
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
24 Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
Kennzahl-ID	50041
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 43,45 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,84 % - 1,27 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	5

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
25	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51196
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 16,93 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,75 % - 1,04 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,13
Grundgesamtheit	5
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
26	Ein Problem, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht, als angebrachter Grund für eine erneute Operation
Kennzahl-ID	52001
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 9,41 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 6,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,99 % - 3,35 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	37
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
27 Infektion als angebrachter Grund für eine erneute Operation	
Kennzahl-ID	52002
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 9,41 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,38 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,55 % - 0,71 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	37

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
29	Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation
Kennzahl-ID	52328
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 10,07 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	3,59 % - 3,98 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
30 Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung	
Kennzahl-ID	612
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	38,95 % - 74,46 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 72,82 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	87,34 % - 87,98 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	26
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
31	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	10211
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 20,00 %
	Vertrauensbereich	8,5 % - 9,4 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken	
	Kennzahl-ID	12874
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 7 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 5,00 %
	Vertrauensbereich	1,09 % - 1,31 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	51
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,18
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,09 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
34	Blasenkatheter länger als 24 Stunden
Kennzahl-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	3,24 % - 14,4 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 5,59 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,67 % - 2,87 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	86
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
35 Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren	
Kennzahl-ID	52535
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	15,45 % - 24,03 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
36 Anwesenheit einer Kinderärztin / eines Kinderarztes bei Frühgeburten	
Kennzahl-ID	318
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	95,86 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 %
Vertrauensbereich	96,76 % - 97,17 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	89
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	89
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
37	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)
Kennzahl-ID	321
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,2 % - 0,23 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38	Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)	
	Kennzahl-ID	330
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	87,94 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 %
	Vertrauensbereich	96,79 % - 97,52 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	28
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	28
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39	Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten	
	Kennzahl-ID	1058
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,19 % - 0,39 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	6
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Kaiserschnittgeburten	
	Kennzahl-ID	50045
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	98,96 % - 99,97 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 %
	Vertrauensbereich	98,99 % - 99,07 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	538
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	539
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
42 Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	51397
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
43 Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand	
Kennzahl-ID	51803
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,18 % - 1,17 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,32
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,99 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	8,77
Grundgesamtheit	1227
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
44	Übersäuerung des Blutes bei Frühgeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51831
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 4,39 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 5,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,13 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,85
Grundgesamtheit	140
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45	Kaiserschnittgeburten - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	Kennzahl-ID	52249
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	1,13 % - 1,28 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 1,25 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 0,99 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	536
	Erwartete Ereignisse	445,33
	Grundgesamtheit	1369

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
46 Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit einer Hüftgelenkerhaltenen Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
Kennzahl-ID	54029
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatoregebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 6,31 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,37 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,07 % - 1,24 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	57

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
47	Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Kennzahl-ID	54030
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	6,08 % - 23,25 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,94 % - 16,53 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	57
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

48	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	Kennzahl-ID	54033
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0,22 % - 1,3 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,35 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,06 % - 1,11 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	7,2
	Grundgesamtheit	46

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
49	Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	54036
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 6,48 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,56
Grundgesamtheit	57
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
50	Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	54040
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,54 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,66 % - 0,79 %

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

51	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	54046	
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	= 2,02 (90. Perzentil, Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,04 %	

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
52	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium
Kennzahl-ID	2163
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,02 % - 0,16 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
53	Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage
Kennzahl-ID	51370
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 18,44 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5 % - 5,36 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
54	Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung
Kennzahl-ID	51846
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	83,33 % - 99,41 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,04 % - 97,28 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	29
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	30
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55	Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten	
	Kennzahl-ID	51847
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	66,69 % - 98,63 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,83 % - 96,25 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	12
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	13
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
56	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund	
	Kennzahl-ID	52268
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

Nicht definiert

Vertrauensbereich

12,89 % - 13,41 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr

N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

57

Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)

Kennzahl-ID

52279

Leistungsbereich

Operation an der Brust

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 %
Vertrauensbereich	95,99 % - 96,47 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

58

Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)

Kennzahl-ID	52330
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsi</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 %
Vertrauensbereich	99,1 % - 99,35 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)	
	Kennzahl-ID	52010
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	14367
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
60	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	
	Kennzahl-ID	54001
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Qualitätsbericht 2017
Diakonie Krankenhaus kreuznacher diakonie

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	96,1 % - 99,7 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,56 % - 96,73 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	181
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	183
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
61	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile
Kennzahl-ID	54002
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	92,73 % - 99,76 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,56 % - 93,17 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	73
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	74

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62

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

Kennzahl-ID	54003
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	4,93 % - 19,23 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,34 % - 15,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	70
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
63	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Kennzahl-ID	54004
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	96,56 % - 99,59 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	94,9 % - 95,1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	249
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	252
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
64	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus
Kennzahl-ID	54010
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	96,97 % - 99,9 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,95 % - 98,08 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	182
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	183
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
65	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	54012
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0,49 % - 1,73 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	9,69
Grundgesamtheit	242

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

66	Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben	
	Kennzahl-ID	54013
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	244
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
67 Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
Kennzahl-ID	54015
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	10,09 % - 27,62 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	10,85 % - 11,37 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	70
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
68 Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen	
Kennzahl-ID	54016
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	2,23 % - 8,39 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 6,03 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,56 % - 1,68 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	183
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
69 Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten	
Kennzahl-ID	54017
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatoregebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	6,81 % - 22,37 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 17,46 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5,93 % - 6,51 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	71
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
70 Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
Kennzahl-ID	54018
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 11,11 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,35 % - 4,69 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
71	Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen
Kennzahl-ID	54019
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	3,39 % - 10,44 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 7,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,34 % - 2,48 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	183

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
72	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten
Kennzahl-ID	54120
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	6,44 % - 21,26 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 29,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,39 % - 12,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	75
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

73	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	
	Kennzahl-ID	54020
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	85,57 % - 95,49 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,56 % - 97,72 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	112
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	122
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
74	Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks	
	Kennzahl-ID	54021
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Qualitätsbericht 2017
Diakonie Krankenhaus kreuznacher diakonie

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	66,69 % - 98,63 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,65 % - 96,2 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	13
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
75	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile
Kennzahl-ID	54022
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	74,33 % - 93,88 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 86,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,47 % - 91,28 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	40
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	46

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

76

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

Kennzahl-ID	54026
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		84,22 % - 94,29 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		>= 80,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich		92,29 % - 92,54 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		122
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		135
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
77	Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID		54028
Leistungsbereich		Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,22 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1 %

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

78	Spezifische Komplikationen beim geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	
Kennzahl-ID	54124	
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	0 % - 2,77 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	= 4,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,14 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	135	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	

79	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile auftreten	
	Kennzahl-ID	54125
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	4,73 % - 23,04 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 14,70 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	4,71 % - 5,33 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	46
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

80	Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben	
Kennzahl-ID	54127	
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	Sentinel-Event	
Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	150	

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
81	Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	50050
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 2,59 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,79 % - 0,97 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,36
Grundgesamtheit	43
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
82 Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)- unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	50052
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich hierbei um einen Bestandteil des Indikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,21 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
83	Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	50053
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Qualitätsbericht 2017

Diakonie Krankenhaus kreuznacher diakonie

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

84	Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	Kennzahl-ID	50060
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 0,73 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,53 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1,05 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	5,14
Grundgesamtheit	201
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
85	Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	50062
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,68 % - 3,49 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,50 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,89 % - 0,99 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	3,16
Grundgesamtheit	77
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
86	Durchführung eines Hörtests
Kennzahl-ID	50063
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	96,78 % - 99,75 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,72 % - 97,9 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	220
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	222
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
87	Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
Kennzahl-ID	51076
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 8,2 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	2,97 % - 3,64 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	43

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

89	Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)	
	Kennzahl-ID	51079
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	5,14 % - 6,12 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

90	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)	
	Kennzahl-ID	51832
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 8,2 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	3,83 % - 4,57 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	43
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

91	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	Kennzahl-ID	51837
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 2,03 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,91 % - 1,09 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	1,74
	Grundgesamtheit	43

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
92	Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
Kennzahl-ID	51838
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 8,2 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	1,25 % - 1,7 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	43
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

93	Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	51843	
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	0 % - 8,41 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	Nicht definiert	
Vertrauensbereich	1,07 % - 1,46 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	0,42	
Grundgesamtheit	43	

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
94	Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung von Frühgeborenen
Kennzahl-ID	51901
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,08 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
95	Wachstum des Kopfes
Kennzahl-ID	52262
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	5,32 % - 20,6 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 22,20 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	9,14 % - 10,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	65
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

96	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
	Kennzahl-ID	2005
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	95,88 % - 99,51 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,39 % - 98,48 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	207
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	210
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
97	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)	
	Kennzahl-ID	2006
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	95,88 % - 99,51 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	207
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	210
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
98	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
Kennzahl-ID	2007
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,97 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
99 Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)	
Kennzahl-ID	2009
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	96,2 % - 99,71 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,18 % - 95,35 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	186
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	188

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
100	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben
Kennzahl-ID	2013
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	96,11 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,88 % - 94,13 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	95
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	95
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
101	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
Kennzahl-ID	2028
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	97,54 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,49 % - 95,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	152
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	152

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
102	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	95,14 % - 99,25 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,18 % - 96,32 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	203
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	207
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

103	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	Kennzahl-ID	50778
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenskollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,58 % - 1,28 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,03 % - 1,05 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	22
	Erwartete Ereignisse	25,21
	Grundgesamtheit	210

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

	LEISTUNGSBEREICH	AUSWAHL
1	Schlaganfall	Ja

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich:	Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser (QKK) Projekt der Arbeitsgemeinschaften Katholischer Krankenhäuser Rheinland-Pfalz und Saarland QKK-Indikatorenset Version 2
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Das QKK-Indikatorenset Version 2.2 umfasst 77 Kennzahlen. Von diesen werden 70 Kennzahlen für ein Benchmarking eingesetzt. Weitere sieben Kennzahlen sind Bestandteil des Moduls Sentinel Events
Ergebnis:	Rate Krankenhaus in Prozent aus dem QKK-Analysetool für das Berichtsjahr
Messzeitraum:	01.01.2017 bis 31.12.2017
Datenerhebung:	QKK e. V., Routinedaten nach § 21 KHEntgG
Rechenregeln:	siehe QKK-Indikatorenset Version 2.2. Berechnungsregeln für das Datenjahr 2017. Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser (QKK). Download unter http://www.qkk-online.de
Referenzbereiche:	Ein Referenzbereich wird nicht verwendet

Vergleichswerte:	risikoadjustierter Erwartungswert
Quellenangabe:	Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser (QKK). Download unter http://www.qkk-online.de

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

	LEISTUNGS- BEREICH	MINDESTMENGE	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAH)	AUSNAHMETAT- BESTAND
1	Kniegelenk- Totalendoprotheser	50	130	MM05 - Kein Ausnahmetatbestar
2	Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14	20	MM05 - Kein Ausnahmetatbestar

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

Strukturqualitätsvereinbarungen:

	VEREINBARUNG
1	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen - Perinatalzentrum LEVEL 1 <i>Die Ergebnisse sind auf der Homepage des Kankenhauses abrufbar. https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/medizin-und-pflege/fachabteilungen/kinder-und-jugendmedizin/neugeborenen-und-kinderintensivstation/</i>

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

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt?	Nein
--	------

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	78
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	25
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	14

* nach den "Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus" (siehe www.g-ba.de).