

Diakonie Krankenhaus kreuznacher
diakonie, Standort Kirn



Strukturierter Qualitätsbericht 2016

Foto: Niko Neuwirth

gemäß §136 b Absatz 1

Satz 1 Nummer 3 SGB V

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	5
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	6
A-0 Fachabteilungen	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	8
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	8
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	12
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	12
A-10 Gesamtfallzahlen	12
A-11 Personal des Krankenhauses	12
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	14
A-13 Besondere apparative Ausstattung	23
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen ..	24
B-[1] Allgemeine Chirurgie B	24
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	24
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	24
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	25
B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	26
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	26



B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	26
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	28
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	29
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	30
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	30
B-[1].11	Personelle Ausstattung	30
B-[2]	Intensivmedizin B	33
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	33
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	33
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	33
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	35
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	35
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	35
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	36
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	38
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	38
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	38
B-[2].11	Personelle Ausstattung	38
B-[3]	Innere Medizin B	40
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	40
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	40
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	44
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	44
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	44
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	45



B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	47
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	47
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	47
B-[3].11	Personelle Ausstattung	48
B-[4]	Orthopädie B	50
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	50
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	50
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	51
B-[4].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	52
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	52
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	52
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	53
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	55
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	55
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	56
B-[4].11	Personelle Ausstattung	56
C	Qualitätssicherung	59
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	59
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	94
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	94
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	94
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	95
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	95
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	95

Vorwort



Abbildung: Eingangsbereich des Diakonie Krankenhauses in Kirm



Die **Stiftung kreuznacher diakonie** ist eine gemeinnützige und mildtätige kirchliche Stiftung des öffentlichen Rechts. Sie wurde 1889 in Bad Sobernheim als Diakonissen-Mutterhaus gegründet. Heute hat die Stiftung kreuznacher diakonie ihren Sitz in Bad Kreuznach und ist Träger von Einrichtungen in Rheinland-Pfalz, Saarland und Hessen.

Seit über 125 Jahren nimmt die Stiftung kreuznacher diakonie sich Menschen in leiblicher Not, in seelischer Bedrängnis und in sozial benachteiligten Verhältnissen an. Diesen Auftrag fördern in besonderer Weise die Diakonischen Gemeinschaften Diakonissen-Mutterhaus und Paulinum.

Die diakonisch-sozialen Angebote der Stiftung sind in fünf Geschäftsfeldern organisiert:

- **Krankenhäuser und Hospiz**
- **Leben mit Behinderung** · Rehabilitation, Förderschulen, Wohnungen und Werkstätten für Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen sowie Integrationsabteilungen
- **Seniorenhilfe** · Betreuungs- und Wohnangebote für Menschen im Alter und Pflegebedürftige
- **Kinder-, Jugend- und Familienhilfe** · Tagesstätten, familienentlastende Dienste und Inobhutnahme
- **Wohnungslosenhilfe** · dezentrale Wohnangebote, ambulante Hilfen wie Straßensozialarbeit, Tagesaufenthalte und Nachbetreuung

Die Stiftung bietet rund 750 pflegerische, pädagogische und diakonisch-theologische Aus- und Weiterbildungsplätze.

Täglich nehmen Tausende von Menschen Dienstleistungen der Stiftung kreuznacher diakonie in Anspruch. Rund 6.700 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben einen Arbeitsplatz bei der Stiftung kreuznacher diakonie.

Das Geschäftsfeld **Krankenhäuser und Hospize** unterhält sechs Kliniken und vier Hospize in Rheinland-Pfalz und im Saarland. Folgende Einrichtungen gehören dazu: das Diakonie Krankenhaus mit den Standorten Bad Kreuznach und Kirn, das Fliedner Krankenhaus Neunkirchen, das Evangelische Stadtkrankenhaus Saarbrücken und die Hunsrück Klinik Simmern sowie das Eugenie Michels Hospiz Bad Kreuznach, das Aenne Wimmers Hospiz Simmern, das Paul Marien Hospiz Saarbrücken und das Fliedner Hospiz Neunkirchen. Dem Geschäftsfeld ist zudem die Diakonie Klinikum Neunkirchen gemeinnützige GmbH angegliedert.

Das **Diakonie Krankenhaus** mit den Standorten Bad Kreuznach und Kirn ist ein Schwerpunktversorgungs Krankenhaus mit 501 Betten, 14 Fachabteilungen, davon 11 Haupt- und 3 Belegabteilungen mit verschiedenen Schwerpunkten und Spezialisierungen, für beide Standorte existiert ein gemeinsamer Versorgungsauftrag.

Seit 2007 ist das Diakonie Krankenhaus Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz mit derzeit 24 Ausbildungsplätzen.

Ein eigenständiges Ausbildungszentrum für Gesundheits- und Pflegeberufe sichert mit 157 Ausbildungsplätzen den Nachwuchs in der Gesundheits- und Krankenpflege/Kinderkrankenpflege und Krankenpflegehilfe. In Kooperation mit der Katholischen Hochschule Mainz und der Fachhochschule Ludwigshafen wird eine akademische Qualifikation in den Pflegeberufen ermöglicht. Ein umfassendes Qualitätsmanagement ist etabliert.

In den Krankenhäusern existieren mehrere zertifizierte Zentren (EndoProthetikZentrum der



Maximalversorgung, Traumazentrum der Basisversorgung, Diabeteszentrum für Patienten mit Typ 2 Diabetes, Chest Pain Unit). Gemeinsam mit der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe wird von der Kinderabteilung eine Neonatologie der Versorgungsstufe "level 1" betrieben.

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

Die rund 1.400 Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen des Diakonie Krankenhauses gewährleisten die Behandlung von über 24.000 Patienten im stationären und rund 55.000 Patienten im ambulanten Bereich auf einem hohen fachlichen Niveau. In der Abteilung für Geburtshilfe werden jedes Jahr rund 1300 Kinder geboren.

Vorwort der Geschäftsführung

"Wir bleiben nicht gut, wenn wir nicht immer besser zu werden trachten."

Gottfried Keller, schweizerischer Dichter

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

vor Ihnen liegt der Qualitätsbericht für das Jahr 2016. Immer wieder nutzen wir auch auf diesem Weg die Gelegenheit, unsere Leistungen und Qualität transparent darzustellen und Ihnen die vielfältigen Aspekte in unserer Patientenversorgung nahezubringen.

Der Bericht dient der Information von Patienten und Versicherten und bietet den einweisenden und im Anschluss an die Krankenhausbehandlung weiter betreuenden Ärzten eine Orientierungshilfe.

Die Qualität einer Krankenhausbehandlung hat unterschiedliche Facetten. Man unterscheidet zwischen Strukturqualität, deren Ziel es ist, qualitativ hochwertige strukturelle Voraussetzungen für die Versorgung zu schaffen und vorzuhalten, der Prozessqualität, die unter anderem mit Standards und Verfahrensanweisungen arbeitet, und der Ergebnisqualität, die sich zum Beispiel in der Komplikationsrate einer Behandlung ausdrückt.

In allen Dimensionen setzen wir an, um unsere Qualität zu halten oder vielmehr fortlaufend weiter zu verbessern. Im Mittelpunkt unserer Arbeit und Bestrebungen stehen stets unsere Patientinnen und Patienten. In beständiger Kooperation mit niedergelassenen Ärzten sowie mit stationären Einrichtungen wie Rehakliniken, arbeiten wir kontinuierlich engagiert daran, den Patienten eine Behandlung auf höchstem Niveau anzubieten. Wir nutzen Qualitätsmanagement sowohl in Form einer stringenten Steuerung, als auch im Sinne einer positiven Qualitätskultur mit all ihren fördernden Elementen.

Zahlen alleine können noch nichts verbessern, vielmehr entfalten sie ihre Wirkung nur in einer Kultur, zu der das gemeinsame Lernen unbedingt dazu gehört.

"Wir entwickeln uns gemeinsam weiter" heißt es im Leitbild der Stiftung kreuznacher diakonie. Dies gelingt uns, in dem wir in unsere medizinische Ausstattung und Infrastruktur, vor allem aber in unsere Mitarbeitenden, investieren. Sie sind der Garant für eine hohe Qualität und die professionelle Weiterentwicklung.



Dabei sind Wirtschaftlichkeit und Behandlungsqualität für uns kein Widerspruch. Wirtschaftliches Handeln ermöglicht erst die Verbesserung der Behandlungsqualität. Ein zielgerichteter Einsatz der knappen Ressourcen zum Nutzen der Patienten muss auf der Grundlage unternehmerischen Handelns stattfinden. Einrichtungen, die es nicht schaffen, sich durch Wandel, Fortentwicklung und steigende Qualität an die sich ständig verändernden Bedingungen anzupassen, werden erhebliche Schwierigkeiten haben, im zukünftigen Wettbewerb zu bestehen.

Als Instrumente zur Bewertung stehen uns interne Stellen wie unser Beschwerdemanagement und unabhängige externe Stellen wie die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung zur Verfügung. Die Ergebnisse zeigen uns, dass wir auf dem richtigen Weg sind.

Wir freuen uns, Ihnen, den Leserinnen und Lesern, mit dem Qualitätsbericht einen umfassenden Überblick und Einblick in unser Leistungsspektrum, die Leistungsfähigkeit und das Qualitätsmanagement zu geben und hoffen, dass er nützliche Informationen für Sie bereithält.

Dr. Thorsten Junkermann Gabriele Schmitt-Paul

Geschäftsführung Krankenhäuser und Hospize

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. rer. pol. Thorsten Junkermann, Geschäftsführer Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize
Telefon:	0671 605 3567
Fax:	0671 605 3579
E-Mail:	thorsten.junkermann@kreuznacherdiakonie.de

Links:

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	1591	Allgemeine Chirurgie B
2	Hauptabteilung	3691	Intensivmedizin B
3	Hauptabteilung	0191	Innere Medizin B
4	Hauptabteilung	2391	Orthopädie B

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Diakonie Krankenhaus kreuznacher diakonie
PLZ:	55606
Ort:	Kirn
Straße:	Jahnstrasse
Hausnummer:	11
IK-Nummer:	260711636
Standort-Nummer:	02
Krankenhaus-URL:	http://www.kreuznacherdiakonie.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Diakonie Krankenhaus Standort Kirn
PLZ:	55606
Ort:	Kirn
Straße:	Jahnstrasse
Hausnummer:	11
IK-Nummer:	260711636
Standort-Nummer:	2
E-Mail:	info-dkkd@kreuznacherdiakonie.de
Standort-URL:	http://www.kreuznacherdiakonie.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. Christoph von Buch, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0671 605 2010
Fax:	0671 605 2016
E-Mail:	info-dkkd@kreuznacherdiakonie.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Carmen Lörsch, Pflegedirektorin
Telefon:	0671 605 2309
Fax:	0671 605 2389
E-Mail:	loerscca@kreuznacherdiakonie.de

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

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Gabriele Schmitt-Paul, Geschäftsführerin Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize
Telefon:	0671 605 3568
Fax:	0671 605 3579
E-Mail:	gabi.schmitt-paul@kreuznacherdiakonie.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dr. rer. pol. Thorsten Junkermann, Geschäftsführer Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize
Telefon:	0671 605 3567
Fax:	0671 605 3579
E-Mail:	thorsten.junkermann@kreuznacherdiakonie.de

Leitung des Standorts:

Standort:	Diakonie Krankenhaus Standort Kirm
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Christoph von Buch, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0671 605 2010



Fax:	0671 605 2016
E-Mail:	info-dkkd@kreuznacherdiakonie.de
Standort:	Diakonie Krankenhaus Standort Kirm
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Carmen Lörsch, Pflegedirektorin
Telefon:	0671 605 2309
Fax:	0671 605 2389
E-Mail:	loerscca@kreuznacherdiakonie.de

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

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

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	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
2	Fußreflexzonenmassage
3	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>Kooperation mit psychosomatischer Fachklinik, Prof. Dr. Rüdgel</i>
4	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
5	Physikalische Therapie/Bädertherapie
6	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
7	Massage <i>Abteilung für physikalische Therapie</i>
8	Medizinische Fußpflege <i>Optionale Leistung</i>
9	Kinästhetik <i>Kinästhetik Trainer Abteilung für physikalische Therapie</i>
10	Manuelle Lymphdrainage <i>Abteilung für physikalische Therapie</i>
11	Eigenblutspende
12	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Asthamaschulung, Demenz-Kompetenz Ansprechpartner</i>
13	Stomatherapie/-beratung <i>Kooperation mit externem Versorgungspartner</i>
14	Schmerztherapie/-management <i>Zusatzqualifikation Spezielle Schmerztherapie, Therapiestandards, Schmerzkonsildienst</i>
15	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>Kooperationstreffen DK Seniorenhilfe KH</i>
16	Aromapflege/-therapie <i>Pflegestandard</i>
17	Sozialdienst

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
18	Wundmanagement <i>Wundexperte</i>
19	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
20	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>Kooperation mit externem Versorgungspartner</i>
21	Wärme- und Kälteanwendungen <i>Abteilung für physikalische Therapie</i>
22	Atemgymnastik/-therapie <i>Krankengymnastik</i>
23	Basale Stimulation <i>Pflegestandard</i>
24	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung <i>Durch Sozialarbeiter</i>
25	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>Pflegestandard, ambulanter Hospizdienst, Grundsätze zur Sterbebegleitung (Ethik-Komitee)</i>
26	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Schwerpunkt Diabetes Typ II</i>
27	Diät- und Ernährungsberatung <i>Diabetesassistentin DDG (Deutsche Gesellschaft für Diabetes)</i>
28	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <i>Pflegedienst in Zusammenarbeit mit Sozialdienst, Pflegestandard basiert auf Nationalem Standard Entlassungsmanagement</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Andachtsraum
2	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Schweinefleischfreie und vegetarische Kost, weitere Kostformen auf Nachfrage verfügbar</i>
3	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
4	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
5	Seelsorge
6	Internetanschluss am Bett/im Zimmer

LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Kosten pro Tag: 5 €</i>
	<i>Nach Anmeldung an der Krankenhauspforte</i>
7	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
	<i>Tresor in der Verwaltung und in jedem Patientenzimmer</i>
8	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen
	<i>Max. Kosten pro Stunde: 0 €</i> <i>Max. Kosten pro Tag: 0 €</i>
9	Rundfunkempfang am Bett
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
10	Telefon am Bett
	<i>Kosten pro Tag: 1,8 €</i> <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,18 €</i> <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i>
11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
12	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
13	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
14	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
15	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
	<i>Es befinden sich auf zwei Etagen Aufenthaltsräume.</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
2	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
3	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
4	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
5	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
6	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
7	Besondere personelle Unterstützung
8	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
9	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
10	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
11	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
12	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
13	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
14	Diätetische Angebote
15	Dolmetscherdienst
16	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) <i>In Zusammenarbeit mit dem Standort Bad Kreuznach.</i>

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
2	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
3	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 109

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	3426
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	8771

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)	19,29	19,29	0	0	19,29
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	10,19	10,19	0	0	10,19
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0				
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,8	1,8	0	0	1,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0	0	0	0	0

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	53,02 0,5	53,02 0,5	0 0	0 0	53,02 0,5
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,9 0	0,9 0	0 0	0 0	0,9 0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,79 0	1,79 0	0 0	0 0	1,79 0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0	0	0	0	0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	0				
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0	0	0	0	0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,46	7,46	0	0	7,46
	0	0	0	0	0

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0	0	0	0	0

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diätassistent und Diätassistentin	1	1	0	0	1
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	1,5	1,5	0	0	1,5
Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	1,74	1,74	0	0	1,74
Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	1,1	1,1	0	0	1,1
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	2,6	2,6	0	0	2,6
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	0,42	0,42	0	0	0,42
Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin	1,77	1,77	0	0	1,77
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	1	1	0	0	1

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 Lenkungsgremium

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

Kontaktdaten:

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-12.2.2 Lenkungsgremium

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA zum CIRS Letzte Aktualisierung: 16.08.2016</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahren zum Medizinischen Notfallmanagements Letzte Aktualisierung: 14.03.2014</i>
5	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: schmerz Letzte Aktualisierung: 21.06.2017</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: sturzpr Letzte Aktualisierung: 21.06.2017</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: haut2 Letzte Aktualisierung: 21.06.2017</i>
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahren freiheitsentziehende Maßnahmen Letzte Aktualisierung: 05.05.2008</i>
9	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: medi Letzte Aktualisierung: 01.07.2016</i>
10	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
11	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
12	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP01 Letzte Aktualisierung: 02.05.2015</i>
13	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: entl Letzte Aktualisierung: 01.07.2016</i>

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 16.08.2016</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: bei Bedarf</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: bei Bedarf</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Fehler- und Beinahefehler werden zeitnah vom Qualitätsmanagement 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
Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen	1 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	3 ²⁾

Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	10

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. 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

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

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe 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 Antibiotikaprofylaxe 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 für das Berichtsjahr erhoben: Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch (Einheit: ml/Patiententag):

... auf allen Intensivstationen: 100

... auf allen Allgemeinstationen: 30

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

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

<input checked="" type="checkbox"/>	CDAD-KISS
<input type="checkbox"/>	AMBU-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input type="checkbox"/>	ITS-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	MRSA-KISS
<input 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>Der Umgang mit Lob- und Beschwerden ist in einer Prozessbeschreibung sowie in einer Ablaufbeschreibung festgelegt und steht im Intranet allen Mitarbeitern zur Verfügung. Zur Dokumentation und Auswertung aller Vorgänge steht eine Software zur Verfügung.</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
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenführsprecher oder eine Patientenführsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>Der Patientenführsprecher 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 Krankenhaussträger oder -leitung wenden.</i>	Ja

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
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 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:	Dietmar Lauck, Leitung Qualitätsmanagement Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize
Telefon:	0671 605 2318
Fax:	0671 605 2399
E-Mail:	zentrales-qm-kuh@kreuznacherdiakonie.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Sigrun Mattern, Ehrenamtliche Patientenfürsprecherin
Telefon:	06752 133 100
Fax:	0671 605 2366
E-Mail:	info-dkkd@kreuznacherdiakonie.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Allgemeine Chirurgie B

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemeine Chirurgie B
Straße:	Jahnstrasse
Hausnummer:	11
PLZ:	55606
Ort:	Kirn
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1550) Allgemeine Chirurgie/Schwerp. Abdominal-/Gefäßchirurgie
2	(1516) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
3	(1591) Allgemeine Chirurgie/ohne Diff. nach Schwerp.(III)

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

Name/Funktion:	Dr. med. Bernd Brunk, Leitender Oberarzt
Telefon:	06752 133 751
Fax:	06752 133 983
E-Mail:	unfall-kirn@kreuznacherdiakonie.de

B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Jahnstrasse 11
PLZ/Ort:	55606 Kirn
URL:	https://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 nach § 136a SGB V:

Keine Vereinbarung geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
2	Konventionelle Röntgenaufnahmen
3	Native Sonographie
4	Eindimensionale Dopplersonographie
5	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
7	Fußchirurgie
8	Schulterchirurgie
9	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
10	Minimalinvasive endoskopische Operationen
11	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
14	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
15	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
16	Metall-/Fremdkörperentfernungen
17	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	<i>Duokopfprothesen Hüfte</i>
18	Septische Knochenchirurgie
19	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
	<i>Nur Diagnostik, keine operative Versorgung von Schädel-Hirn-Traumata</i>
20	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
21	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
	<i>Thoraxdrainage</i>
22	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
23	Operationen wegen Thoraxtrauma

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
24	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
25	Schrittmachereingriffe
26	Chirurgie der peripheren Nerven <i>Carpaltunnelsyndrom, periphere Dekompressionsoperationen</i>
27	Chirurgische Intensivmedizin
28	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
29	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
30	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
31	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
32	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
33	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
34	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie <i>Hautdeckungen</i>
35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
36	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
37	Arthroskopische Operationen <i>Knie- und Schultergelenksspiegelungen sowie Spiegelungen des oberen Sprunggelenkes</i>
38	Magen-Darm-Chirurgie
39	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
40	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
41	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
42	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
43	Tumorchirurgie
44	Bandrekonstruktionen/Plastiken

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	319
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	43
2	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	39
3	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	32
4	S52	Knochenbruch des Unterarmes	28
5	S06	Verletzung des Schädelinneren	23
6	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	11
7	S62	Knochenbruch im Bereich des Handgelenkes bzw. der Hand	10
8	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	9
9	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	9
10	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	9
11	S83	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder	8
12	S92	Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes	7
13	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	7
14	S86	Verletzung von Muskeln bzw. Sehnen in Höhe des Unterschenkels	6
15	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte bzw. des Oberschenkels	5
16	M75	Schulterverletzung	5
17	S20	Oberflächliche Verletzung im Bereich des Brustkorbes	5
18	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	4
19	S93	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern in Höhe des oberen Sprunggelenkes oder des Fußes	4
20	S76	Verletzung von Muskeln oder Sehnen in Höhe der Hüfte bzw. des Oberschenkels	4
21	S46	Verletzung von Muskeln oder Sehnen im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	< 4
23	M84	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches	< 4
24	M25	Sonstige Gelenkkrankheit	< 4
25	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	< 4
26	S13	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Halses	< 4
27	L89	Druckgeschwür (Dekubitus) und Druckzone	< 4
28	S01	Offene Wunde des Kopfes	< 4
29	A46	Wundrose - Erysipel	< 4
30	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	< 4

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	45
2	5-869	Sonstige Operation an Knochen, Muskeln bzw. Gelenken	41
3	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	37
4	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	34
5	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	31
6	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	28
7	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	25
8	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	23
9	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	22
10	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	18

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	18
12	5-855	Nähen bzw. sonstige Operation an einer Sehne oder einer Sehnenscheide	16
13	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	14
14	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	14
15	8-201	Nichtoperatives Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung ohne operative Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	13
16	5-792	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	13
17	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	13
18	5-806	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des oberen Sprunggelenks	12
19	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	10
20	8-190	Spezielle Verbandstechnik	10
21	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	10
22	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	9
23	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	9
24	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	9
25	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	8
26	9-984	Pflegebedürftigkeit	8
27	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	8
28	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	8
29	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	8
30	5-79b	Operatives Einrichten (Reposition) einer Gelenkverrenkung	7

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	29
2	8-201	Nichtoperatives Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung ohne operative Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	5
3	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	< 4
4	5-898	Operation am Nagel	< 4
5	8-200	Nichtoperatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs ohne operative Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
6	5-841	Operation an den Bändern der Hand	< 4
7	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	< 4
8	5-786	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[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)	0	0	0	0	0	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0	0	0	0	0	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

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

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

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



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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0	0	0	0	0	0,0

B-[2] Intensivmedizin B

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Intensivmedizin B
Straße:	Jahnstrasse
Hausnummer:	11
PLZ:	55606
Ort:	Kirn
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3691) Intensivmedizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten(III)

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

Name/Funktion:	Dr. med. Stephan Horn, Chefarzt
Telefon:	06752 133 260
Fax:	06752 133 539
E-Mail:	hornst@kreuznacherdiakonie.de

B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Jahnstrasse 11
PLZ/Ort:	55606 Kirn
URL:	https://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 nach § 136a SGB V:	Keine Vereinbarung geschlossen
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Intensivmedizin <i>Monitoring für 6 Patienten, 3 Beatmungsplätze, Nicht invasive Beatmung; Intermediate-Care: Monitoring für 4 Patienten</i>
2	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
3	Chirurgische Intensivmedizin
4	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
5	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
8	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
9	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
10	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
11	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
13	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
16	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
17	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
18	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
19	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
20	Schrittmachereingriffe
21	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
22	Physikalische Therapie
23	Schmerztherapie
24	Transfusionsmedizin
25	Schmerztherapie
26	Eindimensionale Dopplersonographie
27	Duplexsonographie
28	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
29	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
30	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
31	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
32	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
33	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
34	Endoskopie

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	86
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	19
2	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	5
3	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	5
4	T43	Vergiftung durch bewusstseinsverändernde Substanzen	4
5	I50	Herzschwäche	4
6	I21	Akuter Herzinfarkt	< 4
7	S06	Verletzung des Schädelinneren	< 4
8	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	< 4
9	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	< 4
10	T75	Schaden durch sonstige äußere Ursachen	< 4
11	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	< 4
12	F13	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel	< 4
13	F11	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphinum verwandt sind (Opiode)	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	T59	Giftige Wirkung sonstiger Gase, Dämpfe oder sonstigen Rauches	< 4
15	M54	Rückenschmerzen	< 4
16	F05	Verwirrtheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	< 4
17	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	< 4
18	T17	Fremdkörper in den Atemwegen	< 4
19	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	< 4
20	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	< 4
21	M53	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist]	< 4
22	K51	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Dickdarms - Colitis ulcerosa	< 4
23	Q23	Angeborene Fehlbildung der linken Vorhof- bzw. Kammerklappe (Aorten- bzw. Mitralklappe)	< 4
24	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	< 4
25	E86	Flüssigkeitsmangel	< 4
26	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	< 4
27	K80	Gallensteinleiden	< 4
28	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	< 4
29	D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Anus	< 4
30	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	< 4

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	668
2	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	34

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	21
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	13
5	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	12
6	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	10
7	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	10
8	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	9
9	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	9
10	5-449	Sonstige Operation am Magen	8
11	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	7
12	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	7
13	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutfüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	6
14	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	6
15	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	6
16	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	5
17	8-803	Wiedereinbringen von Blut, das zuvor vom Empfänger gewonnen wurde - Transfusion von Eigenblut	5
18	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	5
19	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	4
20	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	4
21	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	4
22	8-190	Spezielle Verbandstechnik	4
23	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	< 4
24	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	< 4
25	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	< 4
27	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	< 4
28	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	< 4
29	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken	< 4
30	8-128	Anwendung eines Systems zur Ableitung von Stuhl	< 4

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:	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)	0	0	0	0	0	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0	0	0	0	0	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39
---------------------------------------------------	----

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,33	9,33	0	0	9,33	9,2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,9	0,9	0	0	0,9	95,6

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensivpflege und Anästhesie

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

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0	0	0	0	0	0,0

B-[3] Innere Medizin B

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Innere Medizin B
Straße:	Jahnstrasse
Hausnummer:	11
PLZ:	55606
Ort:	Kirn
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0153) Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
2	(0103) Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
3	(0107) Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
4	(0191) Innere Medizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten (III)
5	(0151) Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
6	(0105) Inn. Medizin/Schwerp. Hämatologie/internist. Onkologie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Stephan Horn, Chefarzt
Telefon:	06752 133 260
Fax:	06752 133 539
E-Mail:	hornst@kreuznacherdiakonie.de

B-[3].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Jahnstrasse 11
PLZ/Ort:	55606 Kirn
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 nach § 136a SGB V:

Keine Vereinbarung geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Interdisziplinäre Tumornachsorge <i>ambulante und stationäre Chemotherapie, palliative Schmerztherapie, Schmerzmanagement</i>
2	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten <i>Echokardiografie, LZ-RR, LZ-EKG, Ergometrie</i>
3	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut <i>Doppler, Duplex</i>
4	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege <i>Lungenfunktionstest, Röntgen, diagnostische und therapeutische Bronchoskopie</i>
5	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
6	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes <i>Lungenfunktionstest, Röntgen, diagnostische und therapeutische Bronchoskopie</i>
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea <i>Lungenfunktionstest, Röntgen, diagnostische und therapeutische Bronchoskopie</i>
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen <i>Lungenfunktionstest, Röntgen, diagnostische und therapeutische Bronchoskopie</i>
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle <i>Lungenfunktionstest, Röntgen, diagnostische und therapeutische Bronchoskopie</i>
10	Duplexsonographie
11	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis <i>Sonografie, Urografie</i>
12	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
13	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich <i>Lungenfunktionstest, Röntgen, diagnostische und therapeutische Bronchoskopie</i>
14	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen <i>Doppler, Duplex</i>
15	Konventionelle Röntgenaufnahmen <i>Röntgen der Brust- und Bauchorgane incl. Urografie, Kontrastmitteldarstellung der Gefäße</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
16	Eindimensionale Dopplersonographie
17	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>Sonographie, Endoskopien mit Gewebegewinnung zur histologischen Sicherung, ambulante und stationäre Chemotherapie, Schmerzmanagement</i>
18	Endoskopie
19	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen <i>Stationäre körperliche Entgiftungsbehandlung von Alkohol- und BTM-Abhängigkeiten</i>
20	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters <i>Sonografie, Urografie</i>
21	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems <i>Sonografie, Urografie</i>
22	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen <i>Gefäßduppler, -duplex, Phlebographien, Wundmanagement, Diabetischer Fuß</i>
23	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit <i>Echokardiografie, LZ-RR, LZ-EKG, Ergometrie, Ambulante Herzschrittmacherkontrolle</i>
24	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten <i>Doppler, Duplex</i>
25	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen <i>Röntgen, Labordiagnostik, Krankengymnastik</i>
26	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege <i>Lungenfunktionstest, Röntgen, diagnostische und therapeutische Bronchoskopie</i>
27	Physikalische Therapie
28	Schmerztherapie
29	Transfusionsmedizin <i>Transfusionsmanagement, amb. und stat. Transfusion von Blut und Blutprodukten</i>
30	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren <i>Kolon-Kontrasteinlauf, Ösophagus-Breischluck, ERCP</i>
31	Phlebographie
32	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen <i>Gefäßduppler, -duplex</i>
33	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz <i>Dialyse angeschlossen</i>
34	Schrittmachereingriffe <i>Ein- und Zweikammerschrittmacher, Nachsorge</i>
35	Schwindeldiagnostik/-therapie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>Gefäßduppler, -duplex, LZ-EKG, LZ-RR, Schellong-Test</i>
36	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura <i>Sonographie inklusive Punktionen und Drainage</i>
37	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen <i>Echokardiografie, LZ-EKG, Ergometrie</i>
38	Diagnostik und Therapie von Allergien
39	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen <i>Labor</i>
40	Palliativmedizin
41	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
42	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
43	Native Sonographie
44	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas <i>Sonographie inklusive Punktionen und Drainage, Röntgen, Gastroskopie mit Darstellung der Gallen- und Pankreasgänge (ERCP)</i>
45	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge <i>Röntgen, Lungenfunktionstest, Bronchoskopie</i>
46	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums <i>Sonographie</i>
47	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
48	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten <i>Doppler, Duplex, Phlebographie</i>
49	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) <i>Echokardiografie, LZ-RR, LZ-EKG, Ergometrie</i>
50	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen <i>Sonographie, Urogramm</i>
51	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
52	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten <i>Schwerpunkt Diabetologie inklusive 72-Stunden-Langzeit-Blutzuckermessung, Schulung durch Diabetologen und Diabetesberaterin DDG, Diagnostik und Therapie der diabetischen Folgeerkrankungen, Behandlungskonzept diabetischer Fuß</i>
53	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) <i>Sonographie, diagnostische und therapeutische Endoskopie des oberen und unteren Verdauungstraktes (Gastroskopie, Koloskopie, Rektoskopie) inklusive Abtragung von Polypen, Varizensklerosierung, Darstellung der Gallen- und Pankreasgänge (ERCP), Ambulante Gastroskopen</i>
54	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs <i>Sonographie, diagnostische und therapeutische Koloskopie und Rektoskopie inklusive Abtragung von Polypen, Hämorrhoidalbehandlung (Ringapplikation), Ambulante Koloskopien</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
55	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	<i>Röntgenuntersuchung, Lungenfunktion, diagnostische und therapeutische Bronchoskopie</i>

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1602
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	110
2	I50	Herzschwäche	90
3	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	74
4	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	73
5	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	59
6	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	50
7	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	49
8	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	45
9	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	41
10	J20	Akute Bronchitis	41
11	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	40
12	I95	Niedriger Blutdruck	36
13	K52	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	35
14	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	34
15	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	33

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	27
17	E86	Flüssigkeitsmangel	26
18	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	26
19	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	23
20	M54	Rückenschmerzen	23
21	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	22
22	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	22
23	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	22
24	I11	Bluthochdruck mit Herzkrankheit	18
25	K25	Magengeschwür	17
26	R42	Schwindel bzw. Taumel	15
27	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	13
28	K70	Leberkrankheit durch Alkohol	13
29	N30	Entzündung der Harnblase	13
30	K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	13

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	266
2	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	195
3	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	171
4	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	75
5	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	71
6	3-035	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Blutgefäßsystems mit Auswertungen	55
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	48

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	46
9	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	34
10	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	31
11	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	31
12	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	22
13	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	20
14	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	18
15	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	18
16	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	14
17	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	13
18	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	13
19	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	12
20	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	11
21	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	11
22	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	11
23	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	10
24	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	10
25	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	10
26	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	9
27	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	9

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	8
29	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	8
30	5-433	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Magens	8

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	<i>Uneingeschränktes Behandlungsangebot für privat versicherte Patienten</i>
2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Notfallversorgung aller Patienten</i>

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	44
2	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	10
3	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	5
4	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	< 4
5	5-469	Sonstige Operation am Darm	< 4
6	5-482	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After	< 4
7	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	< 4

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	6,2	6,2	0	0	6,2	258,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,92	2,92	0	0	2,92	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	16,18	16,18	0	0	16,18	99,0



Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,79	1,79	0	0	1,79	895,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,35	1,35	0	0	1,35	1186,7

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

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

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

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0	0	0	0	0	0,0

B-[4] Orthopädie B

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Orthopädie B
Straße:	Jahnstrasse
Hausnummer:	11
PLZ:	55606
Ort:	Kirn
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2391) Orthopädie/ohne Diff. nach Schwerpunkten (III)
2	(1700) Neurochirurgie
3	(3753) Schmerztherapie
4	(3755) Wirbelsäulenchirurgie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Hallbauer, Chefarzt
Telefon:	06752 133 982
Fax:	06752 133 912
E-Mail:	wirbelsaeule@kreuznacherdiakonie.de

B-[4].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Jahnstrasse 11
PLZ/Ort:	55606 Kirn
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 nach § 136a SGB V:

Keine Vereinbarung geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ <i>In Zusammenarbeit mit der Radiologie im Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach.</i>
2	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>In Zusammenarbeit mit der Radiologie im Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach.</i>
3	Intraoperative Anwendung der Verfahren
4	Computertomographie (CT), nativ <i>In Zusammenarbeit mit der Radiologie im Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach.</i>
5	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel <i>In Zusammenarbeit mit der Radiologie im Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach.</i>
6	Metall-/Fremdkörperentfernungen <i>Entfernung Fixateur intern.</i>
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
9	Wirbelsäulenchirurgie <i>Umfassende Versorgung degenerativer, traumatischer, entzündlicher und tumoröser Veränderungen an der Wirbelsäule.</i>
10	Konventionelle Röntgenaufnahmen
11	Native Sonographie
12	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
13	Schulterchirurgie
14	Handchirurgie
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
18	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
19	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

20	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
21	Speziellsprechstunde <i>Wirbelsäulensprechstunde tgl. nach Terminvereinbarung.</i>
22	Fußchirurgie
23	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
24	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens <i>Diagnostik und ggf. operative Versorgung von Deformitäten des Erwachsenen. Umfangreiche minimalinvasive Schmerztherapie.</i>
25	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
26	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule <i>Alle dorsalen und ventralen Verfahren der Wirbelsäulenchirurgie, mit und ohne Instrumentation. Korrektur posttraumatischer Deformitäten.</i>
27	Chirurgie der peripheren Nerven
28	Bandrekonstruktionen/Plastiken
29	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
30	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
31	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen <i>Schmerztherapie, minimalinvasive Verfahren, Nervenwurzelblockaden, alle notwendigen operativen Verfahren.</i>
32	Chirurgische Intensivmedizin <i>Spezielle Versorgung von wirbelsäulenchirurgischen Patienten.</i>

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1419
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M54	Rückenschmerzen	292
2	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	285

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	130
4	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	129
5	M53	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist]	96
6	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	79
7	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	51
8	M42	Abnutzung der Knochen und Knorpel der Wirbelsäule	50
9	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	38
10	M75	Schulterverletzung	36
11	M50	Bandscheibenschaden im Halsbereich	33
12	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	24
13	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	20
14	M43	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens	18
15	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	15
16	M46	Sonstige Entzündung der Wirbelsäule	8
17	G56	Funktionsstörung eines Nervs am Arm bzw. an der Hand	8
18	M20	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen	8
19	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	7
20	M67	Sonstige Gelenkhaut- bzw. Sehnenkrankheit	7
21	M41	Seitverbiegung der Wirbelsäule - Skoliose	7
22	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	5
23	M25	Sonstige Gelenkkrankheit	5
24	M70	Krankheit des Weichteilgewebes aufgrund Beanspruchung, Überbeanspruchung bzw. Druck	4
25	M94	Sonstige Knorpelkrankheit	4
26	M96	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	< 4
27	G06	Abgekapselte eitrige Entzündungsherde (Abszesse) und entzündliche Knoten (Granulome) innerhalb des Schädels bzw. Wirbelkanals	< 4
28	M72	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes	< 4
29	M66	Gelenkhaut- bzw. Sehnenriss ohne äußere Einwirkung	< 4
30	M18	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Daumensattelgelenkes	< 4

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	1620
2	8-917	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels in Gelenke der Wirbelsäule	1113
3	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	503
4	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	456
5	5-83b	Operative Befestigung von Knochen (dynamische Stabilisierung) der Wirbelsäule	357
6	5-835	Ersatz von Knochen an der Wirbelsäule	327
7	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	311
8	5-83a	Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule zur Schmerzbehandlung mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	288
9	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	274
10	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	238
11	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule - Spondylodese	205
12	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	198
13	5-033	Operativer Einschnitt in den Wirbelkanal	118
14	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	112
15	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken	104
16	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	99
17	3-823	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	88
18	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	72

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	54
20	5-031	Operativer Zugang zur Brustwirbelsäule	53
21	5-830	Operativer Einschnitt in erkranktes Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	50
22	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	49
23	5-931	Verwendung von bestimmtem Knochenersatz- und Knochenverbindungsmaterial, die frei von allergieauslösenden Wirkstoffen sind	47
24	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	42
25	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	39
26	5-986	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	37
27	5-837	Wirbelkörperersatz bzw. komplexe wiederherstellende Operation an der Wirbelsäule z.B. bei einem Buckel	34
28	5-030	Operativer Zugang zum Übergang zwischen Kopf und Hals bzw. zur Halswirbelsäule	33
29	5-036	Wiederherstellende Operation an Rückenmark bzw. Rückenmarkshäuten	31
30	5-869	Sonstige Operation an Knochen, Muskeln bzw. Gelenken	31

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ERMÄCHTIGUNGSAMBULANZ DR. HALLBAUER
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	• <i>Untersuchung und Beratung ohne weitergehende Diagnostik und Therapie auf Überweisung durch Vertragsarzt</i>
2	DR. HALLBAUER
	Privatambulanz
	• <i>uneingeschränktes Behandlungsangebot für privat versicherte Patienten, incl. Minimal-invasiver Eingriffe</i>

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-841	Operation an den Bändern der Hand	8
2	5-849	Sonstige Operation an der Hand	8
3	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	5
4	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	4
5	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	< 4
6	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	< 4
7	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	< 4
8	5-788	Operation an den Fußknochen	< 4
9	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	< 4
10	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	< 4
11	5-842	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern	< 4
12	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	< 4
13	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	< 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)	11,29	11,29	0	0	11,29	125,7
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,27	7,27	0	0	7,27	23650,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinchirurgie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	27,01	27,01	0	0	27,01	52,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,11	6,11	0	0	6,11	232,2

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	Wundmanagement

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0	0	0	0	0	0,0

C Qualitätssicherung

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

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Implantation (09/1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
2	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	7	100
3	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	58	100
4	Hüftendoprothesenve (HEP)	41	100
5	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	41	100
6	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	61	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	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>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/. 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	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	96,9
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	96,77 % - 97,03 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
2	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	Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,84
Referenzbereich	= 10,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,77 % - 0,91 %
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

3	Dauer der Operation	
	Kennzahl-ID	52128
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	86,95
	Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	86,71 % - 87,18 %
	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
4	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden	
	Kennzahl-ID	52305
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	95,5	
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	95,42 % - 95,57 %	
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	
5	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 das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	0,8
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,74 % - 0,87 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
6	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 das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,32
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,24 % - 1,4 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
7	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Kennzahl-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,07
Referenzbereich	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,13 %
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
8	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 35,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	19,66
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	19,34 % - 19,98 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	7
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

9	Vorbeugende Gabe von Antibiotika
Kennzahl-ID	54031
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	64,57 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,52
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,47 % - 99,58 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	7
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

10	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	54033
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1
	Referenzbereich	= 2,27 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1,02 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

11	Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	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. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 26,96 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,83
	Referenzbereich	= 4,30 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,76 % - 0,91 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,09
	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

12	Infektion der Operationswunde - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	54038
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 64,64 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,92
	Referenzbereich	= 3,14 (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,83 % - 1,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,04
	Grundgesamtheit	7
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

13	Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bund	
	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. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 36,28 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,87
	Referenzbereich	= 3,72 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,81 % - 0,95 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,07
	Grundgesamtheit	7
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

14	Allgemeine Komplikationen während oder aufgrund der hüftgelenkerhaltenden Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	54042
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,95
	Referenzbereich	= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,92 % - 0,98 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

15	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	54046
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 26,65 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,98
	Referenzbereich	= 2,00 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,94 % - 1,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,09
	Grundgesamtheit	7
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

16	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	52009
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	1,64
	Vertrauensbereich	-
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,95
	Referenzbereich	= 1,95 (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,94 % - 0,96 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	18
	Erwartete Ereignisse	10,97
	Grundgesamtheit	3318
	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	📈 verbessert

17	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben	
	Kennzahl-ID	52010
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	-
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,01
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	3318
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
18	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	
	Kennzahl-ID	54001
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	86,68 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	96,54
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	96,45 % - 96,63 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	25
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	25
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
19	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	93,02
	Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	92,71 % - 93,32 %
	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
20	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 20,39 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	17,46
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	17,15 % - 17,78 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	15
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

21	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierter Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	96,97 %
	Vertrauensbereich	84,68 % - 99,46 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	92,87
	Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	92,75 % - 92,99 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	32
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	33

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
22	Vorbeugende Gabe von Antibiotika
Kennzahl-ID	54005
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	91,24 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,79
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,77 % - 99,81 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	40
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	40
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
23	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	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	33,33 %
	Vertrauensbereich	15,18 % - 58,29 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	11,53
	Referenzbereich	= 25,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	11,27 % - 11,79 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	15
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
24	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	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	1,77
	Referenzbereich	= 6,35 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,71 % - 1,83 %
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
25	Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten	
	Kennzahl-ID	54017
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	6,16
	Referenzbereich	= 19,17 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	5,87 % - 6,46 %
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
26	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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. 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/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>0 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 20,39 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>4,42</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 11,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>4,26 % - 4,59 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>15</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>27</p>	<p>Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen</p>
<p></p>	<p>Kennzahl-ID 54019</p>
<p></p>	<p>Leistungsbereich Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile</p>
<p></p>	<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein</p>

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	2,37
	Referenzbereich	= 8,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	2,3 % - 2,44 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
28	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	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	10,19
	Referenzbereich	= 23,95 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	9,83 % - 10,56 %
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
29	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	96 %
Vertrauensbereich	80,46 % - 99,29 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	97,98
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,91 % - 98,04 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	25
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
30	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
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. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,91
Referenzbereich	= 2,15 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,89 % - 0,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

31	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>Unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wird für alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesenimplantation die jeweils erwartete Sterbewahrscheinlichkeit berechnet. Unter den verstorbenen Patientinnen und Patienten werden die 10 % mit der geringsten Sterbewahrscheinlichkeit ermittelt und als Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit" festgelegt. Dieser Indikator bezieht sich ausschließlich auf Todesfälle bei diesen Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,2
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	26
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

32	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierter Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierter Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit) 100 %
	Vertrauensbereich 94,08 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt 98,33
	Referenzbereich >= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich 98,28 % - 98,37 %
FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse 61
	Erwartete Ereignisse -
	Grundgesamtheit 61
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

33	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
	Kennzahl-ID	2009
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	92,29 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	95,74
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,65 % - 95,82 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	46
	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	↻ unverändert
34	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben	
	Kennzahl-ID	2012
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. 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/ergebnisse/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	97,3
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,14 % - 97,45 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	6
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
35	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	90,11 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	93,63
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	93,5 % - 93,76 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	35
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	35
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
36	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung	
	Kennzahl-ID	2028
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>100 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>89,85 % - 100 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>95,88</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>>= 95,00 % (Zielbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>95,79 % - 95,97 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>34</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>34</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>37</p>	<p>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</p>
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>50778</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	1,22
	Vertrauensbereich	0,68 % - 2,06 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1
	Referenzbereich	= 1,56 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	10
	Erwartete Ereignisse	8,19
	Grundgesamtheit	61
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
38	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	98,33 %
Vertrauensbereich	91,14 % - 99,71 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,32
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,39 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	59
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	60
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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

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

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

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:	01.01.2016 bis 31.12.2016
Datenerhebung:	QKK e. V., Routinedaten nach § 21 KHEntG
Rechenregeln:	siehe QKK-Indikatorenset Version 2.2. Berechnungsregeln für das Datenjahr 2016. 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

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

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 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):	11
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	8
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	2

* 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).