



kreuznacher  
diakonie



# Strukturierter Qualitätsbericht 2017 Diakonie Krankenhaus

Standorte Bad Kreuznach und Kirn

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

# INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort .....	1
Einleitung .....	6
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	7
A-0 Fachabteilungen .....	7
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	7
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers .....	11
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	12
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	12
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	12
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	15
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit .....	18
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	19
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	19
A-10 Gesamtfallzahlen .....	20
A-11 Personal des Krankenhauses .....	20
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	22
A-13 Besondere apparative Ausstattung .....	34
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen ....	36
B-[1] Innere Medizin Bad Kreuznach .....	36
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	36

B-[1].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	36
B-[1].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	37
B-[1].1.3	Weitere Zugänge .....	37
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	37
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	37
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	40
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	40
B-[1].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	41
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	42
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	42
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	43
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	44
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	44
B-[1].11	Personelle Ausstattung .....	44
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	44
B-[1].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	45
B-[1].11.1	Zusatzweiterbildung .....	45
B-[1].11.2	Pflegepersonal .....	45
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	46
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	46
B-[2]	Allgemeine Chirurgie B .....	47
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	47

B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	47
B-[2].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	47
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	48
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	48
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	50
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	50
B-[2].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	51
B-[2].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	53
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	54
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	56
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	58
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	58
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	59
B-[2].11	Personelle Ausstattung .....	59
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	59
B-[2].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	59
B-[2].11.2	Pflegepersonal .....	60
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	60
B-[3]	Kinder- und Jugendmedizin .....	61
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	61
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	61
B-[3].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	61
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	62

B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	62
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	65
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	65
B-[3].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	66
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	67
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	67
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	68
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	69
B-[3].11	Personelle Ausstattung .....	69
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	69
B-[3].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	69
B-[3].11.1	Zusatzweiterbildung .....	70
B-[3].11.2	Pflegepersonal .....	70
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	71
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	71
B-[4]	Intensivmedizin B .....	71
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	71
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	71
B-[4].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	72
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	72
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	72
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	73

B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	74
B-[4].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	75
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	76
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	78
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	79
B-[4].11	Personelle Ausstattung .....	79
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	80
B-[4].11.1	Zusatzweiterbildung .....	80
B-[4].11.2	Pflegepersonal .....	80
B-[4].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	80
B-[4].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	81
B-[5]	Innere Medizin B .....	81
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	81
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	81
B-[5].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	82
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	82
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	82
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	86
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	86
B-[5].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	87
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	89
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	90

B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	92
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	92
B-[5].11	Personelle Ausstattung .....	92
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	92
B-[5].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	93
B-[5].11.1	Zusatzweiterbildung .....	93
B-[5].11.2	Pflegepersonal .....	93
B-[5].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	94
B-[5].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	94
B-[6]	Unfallchirurgie und allgemeine Chirurgie Bad Kreuznach .....	95
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	95
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	95
B-[6].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	95
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	96
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	96
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	98
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	99
B-[6].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	99
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	100
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	100
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	101
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	102

B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	104
B-[6].11	Personelle Ausstattung .....	104
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	104
B-[6].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	104
B-[6].11.1	Zusatzweiterbildung .....	105
B-[6].11.2	Pflegepersonal .....	105
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	106
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	106
B-[7]	Plastische und rekonstruktive Chirurgie .....	107
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	107
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	107
B-[7].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	107
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	107
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	108
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	110
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	110
B-[7].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	110
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	111
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	112
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	113
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	113
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	113



B-[7].11 Personelle Ausstattung .....	114
B-[7].11.1Ärzte und Ärztinnen .....	114
B-[7].11.1Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	114
B-[7].11.2Pflegepersonal .....	114
B-[7].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	115
B-[7].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	115
B-[8] Orthopädie B .....	115
B-[8].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	116
B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	116
B-[8].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	116
B-[8].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	116
B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	117
B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	118
B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	119
B-[8].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	120
B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	121
B-[8].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	123
B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	125
B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	125
B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	126
B-[8].11 Personelle Ausstattung .....	126
B-[8].11.1Ärzte und Ärztinnen .....	127

B-[8].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	127
B-[8].11.2	Pflegepersonal .....	127
B-[8].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	128
B-[8].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	128
B-[9]	Urologie .....	129
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	129
B-[9].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	129
B-[9].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	129
B-[9].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	130
B-[9].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	130
B-[9].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	131
B-[9].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	131
B-[9].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	132
B-[9].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	133
B-[9].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	133
B-[9].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	134
B-[9].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	135
B-[9].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	136
B-[9].11	Personelle Ausstattung .....	136
B-[9].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	136
B-[9].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	136
B-[9].11.1	Zusatzweiterbildung .....	137

B-[9].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	137
B-[9].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	137
B-[10] Orthopädie und Rheumaorthopädie Bad Kreuznach .....	139
B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	139
B-[10].1.1Fachabteilungsschlüssel .....	139
B-[10].1.2Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	139
B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	139
B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	140
B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	143
B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	144
B-[10].6.1ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	144
B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	145
B-[10].7.1OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	145
B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	146
B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	147
B-[10].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	147
B-[10].11 Personelle Ausstattung .....	148
B-[10].11.Ärzte und Ärztinnen .....	148
B-[10].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	148
B-[10].11.Zusatzweiterbildung .....	148
B-[10].11.Pflegepersonal .....	149
B-[10].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	150

B-[11]	Frauenheilkunde und Geburtshilfe .....	151
B-[11].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	151
B-[11].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	151
B-[11].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	151
B-[11].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	151
B-[11].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	152
B-[11].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	153
B-[11].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	153
B-[11].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	153
B-[11].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	154
B-[11].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	155
B-[11].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	156
B-[11].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	156
B-[11].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	157
B-[11].11	Personelle Ausstattung .....	157
B-[11].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	157
B-[11].11.2	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	157
B-[11].11.3	Zusatzweiterbildung .....	158
B-[11].11.4	Pflegepersonal .....	158
B-[11].11.5	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	159
B-[11].11.6	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	159
B-[12]	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde .....	160

B-[12].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	160
B-[12].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	160
B-[12].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	160
B-[12].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	160
B-[12].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	161
B-[12].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	162
B-[12].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	162
B-[12].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	162
B-[12].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	164
B-[12].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	164
B-[12].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	165
B-[12].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	165
B-[12].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	166
B-[12].11	Personelle Ausstattung .....	166
B-[12].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	166
B-[12].11.2	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	167
B-[12].11.3	Zusatzweiterbildung .....	167
B-[12].11.4	Pflegepersonal .....	167
B-[12].11.5	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	168
B-[12].11.6	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	168
B-[13]	Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie .....	170
B-[13].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	170

B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	170
B-[13].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	170
B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	171
B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	171
B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	174
B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	175
B-[13].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	175
B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	176
B-[13].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	176
B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	177
B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	178
B-[13].11 Personelle Ausstattung .....	178
B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen .....	178
B-[13].11.2 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	178
B-[13].11.3 Zusatzweiterbildung .....	179
B-[13].11.4 Pflegepersonal .....	179
B-[13].11.5 Pflegefachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse .....	179
B-[13].11.6 Pflegefachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation .....	180
B-[14] Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie .....	181
B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	181
B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	181
B-[14].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	181

B-[14].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	181
B-[14].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	182
B-[14].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	183
B-[14].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	183
B-[14].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	183
B-[14].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	184
B-[14].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	184
B-[14].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	184
B-[14].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	185
B-[14].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	185
B-[14].11	Personelle Ausstattung .....	185
B-[14].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	185
B-[14].11.2	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung .....	185
B-[14].11.3	Zusatzweiterbildung .....	186
B-[15]	Diagnostische Radiologie .....	187
B-[15].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	187
B-[15].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	187
B-[15].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	187
B-[15].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	187
B-[15].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	188
B-[15].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	189
B-[15].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	189
B-[15].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	189

B-[15].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	191
B-[15].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	191
B-[15].11	Personelle Ausstattung .....	191
B-[15].11.Ärzte und Ärztinnen	.....	191
B-[15].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	.....	191
B-[15].11.Zusatzweiterbildung	.....	192
B-[15].11.Pflegepersonal	.....	192
C	Qualitätssicherung .....	193
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	193
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	331
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	331
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	332
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	332
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	333



## Vorwort

### VORWORT DES VORSTANDS KRANKENHÄUSER UND HOSPIZE

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

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

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



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

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

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

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

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



Dr. med. Dennis Göbel  
Vorstand Krankenhäuser und Hospize

## VORWORT DES DIREKTORIUMS

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



M. Seidel  
Kaufmännischer Direktor



Chr. v. Buch  
Ärztlicher Direktor



C. Lörsch  
Pflegedirektorin

## Einleitung

### Verantwortliche:

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

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

### Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	<a href="https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/">https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/</a>
--------------------------------------	---

### Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	<a href="https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-kirn/">https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-kirn/</a>	Diakonie Krankenhaus Kirn

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

### A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0190	Innere Medizin Bad Kreuznach
2	Hauptabteilung	1591	Allgemeine Chirurgie B
3	Hauptabteilung	1000	Kinder- und Jugendmedizin
4	Hauptabteilung	3691	Intensivmedizin B
5	Hauptabteilung	0191	Innere Medizin B
6	Hauptabteilung	1590	Unfallchirurgie und allgemeine Chirurgie Bad Kreuznach
7	Hauptabteilung	1900	Plastische und rekonstruktive Chirurgie
8	Hauptabteilung	2391	Orthopädie B
9	Belegabteilung	2200	Urologie
10	Hauptabteilung	2390	Orthopädie und Rheumaorthopädie Bad Kreuznach
11	Hauptabteilung	2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
12	Belegabteilung	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
13	Hauptabteilung	3600	Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
14	Belegabteilung	3500	Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie
15	Nicht-Bettenführend	3751	Diagnostische Radiologie

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Diakonie Krankenhaus Kreuznacher Diakonie
PLZ:	55543
Ort:	Bad Kreuznach
Straße:	Ringstraße
Hausnummer:	64
IK-Nummer:	260711636
Standort-Nummer:	99
Krankenhaus-URL:	<a href="https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/">https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/</a>

### A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

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

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:	<a href="https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-kirn/">https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-kirn/</a>
---------------	---

## A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

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

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

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

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

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dr. med. Dennis Göbel, Fachvorstand Krankenhäuser und Hospize
Telefon:	0671 605 0



Fax:	0671 605 3243
E-Mail:	info@kreuznacherdiakonie.de

### Leitung des Standorts:

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

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

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

Standort:	Diakonie Krankenhaus Standort Kirn
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	ab 01.09.2018 Manuel Seidel, Krankenhaus Direktor
Telefon:	0671 605 2417
Fax:	0671 605 2366

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

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

Standort:	Diakonie Krankenhaus kreuznacher diakonie
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Carmen Lörsch, Pflegedirektorin
Telefon:	0671 605 2309
Fax:	0671 605 2389
E-Mail:	lorescca@kreuznacherdiakonie.de

Standort:	Diakonie Krankenhaus kreuznacher diakonie
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Christoph von Buch, Ärztlicher Direktor, Chefarzt der Kinder- und Jugendmedizin
Telefon:	0671 605 2010
Fax:	0671 605 2016
E-Mail:	buchch@kreuznacherdiakonie.de

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

### Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Akademisches Lehrkrankenhaus

### Name der Universität:

1 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? Nein

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Akupunktur
	Geburtshilfe
2	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung <i>Kooperation mit externem Versorgungspartner</i>
3	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
	<i>Pflegedienst in Zusammenarbeit mit Sozialdienst, Pflegestandard basiert auf Nationalem Standard Entlassungsmanagement</i>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
4	Diät- und Ernährungsberatung <i>Diabetesassistentin DDG (Deutsche Gesellschaft für Diabetes)</i>
5	Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>Bäderabteilung</i>
6	Atemgymnastik/-therapie <i>Krankengymnastik</i>
7	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>Pflegestandard, ambulanter Hospizdienst, Grundsätze zur Sterbebegleitung (Ethik-Komitee), Palliativkonsildienst</i>
8	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik <i>Physikalische Therapie</i>
9	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung <i>durch Sozialarbeiter</i>
10	Basale Stimulation <i>Pflegestandard</i>
11	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen <i>Geburtsvor- und nachbereitung, Akupunktur, Yoga für Schwangere, Rückbildungskurse</i>
12	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Kooperation mit externem Versorgungspartner</i>
13	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik <i>Abteilung für physikalische Therapie</i>
14	Audiometrie/Hördiagnostik <i>Abteilung Geburtshilfe und Kinder und Jugendmedizin</i>
15	Eigenblutspende
16	Pädagogisches Leistungsangebot <i>Erzieherinnen / Spieltherapie in der Abteilung Kinder- und Jugendmedizin</i>
17	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Demenz-Kompetenz Ansprechpartner</i>
18	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Kooperation mit externem Versorgungspartner</i>
19	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>Kooperationstreffen DK Seniorenhilfe KH</i>
20	Aromapflege/-therapie <i>Pflegestandard</i>
21	Wundmanagement <i>Wundexperten, Wundkonsildienst</i>
22	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>durch Sozialdienst</i>
23	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen <i>Stroke nurse</i>
24	Stillberatung <i>Still- und Laktationsberaterinnen, Stillsprechstunde</i>
25	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien <i>Elternschule, Stillberatung, Familienzimmer, Mitaufnahme von Begleitpersonen, Familienhebammen</i>
26	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik <i>Elternschule der Abteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin</i>
27	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Diabetesberatung, Diabetesschulung, Diabetessprechstunde in der Abteilung Kinder- und Jugendmedizin</i>
28	Säuglingspflegekurse <i>Elternschule der Abteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin</i>
29	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) <i>Pflegestandard, in der Abteilung Kinder- und Jugendmedizin in Kooperation mit der Physiotherapie Sozialpädiatrisches Zentrum</i>
30	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Informationsveranstaltungen über Leistungsangebote, Tag der offenen Tür in den Fachabteilungen, Kunstaussstellungen</i>
31	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern <i>Babymassage, Veranstaltungen für Eltern von frühgeborenen Kindern, PEKIP Eltern-Kind Gruppe</i>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
32	Wärme- und Kälteanwendungen <i>Abteilung für physikalische Therapie</i>
33	Kinästhetik <i>Kinästhetik Trainer Abteilung für physikalische Therapie</i>
34	Fußreflexzonenmassage
35	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
36	Medizinische Fußpflege <i>Optionale Leistung</i>
37	Physikalische Therapie/Bädertherapie <i>Abteilung für physikalische Therapie</i>
38	Sozialdienst
39	Massage <i>Abteilung für physikalische Therapie</i>
40	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
41	Manuelle Lymphdrainage <i>Abteilung für physikalische Therapie</i>
42	Stomatherapie/-beratung <i>Kooperation mit externem Versorgungspartner</i>
43	Schmerztherapie/-management <i>Zusatzqualifikation Spezielle Schmerztherapie, Therapiestandards, Schmerzkonsildienst</i>
44	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>Kooperation mit psychosomatischer Fachklinik, Prof. Dr. Rüdell</i>

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

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

LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Schweinefleischfreie Kost Vegetarische Kost Weitere Kostformen auf Nachfrage verfügbar</i>
10	Hotelleistungen
11	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
12	Rooming-in  <i>Auf der Station für Gynäkologie und Geburtshilfe 7. OG., zusätzlich Familienzimmer möglich.</i>
13	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 5 €</i>
	<i>Es stehen vier Laptops mit Internet Zugang über W-LAN für Wahlleistungspatienten zur Verfügung.</i>
14	Andachtsraum  <i>Krankenhauskapelle im Foyer</i>
15	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen
	<i>Max. Kosten pro Stunde: 1 € Max. Kosten pro Tag: 10 €</i>
	<i>Es besteht die Möglichkeit im Parkhaus zu parken bzw. auf angrenzenden öffentlichen Parkplätzen oder auch Kurzparkplätzen direkt vor dem Krankenhaus.</i>
16	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
17	Schwimmbad/Bewegungsbad
18	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
	<i>Regelmäßig stattfindende Veranstaltungen für Patienten und Interessierte, wie z.B. Nachtvorlesungen, Breast-Life-Kurse, Elternschule.</i>
19	Geldautomat
	<i>Behindertengerechter Geldautomat.</i>
20	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
	<i>Unterbringung von Begleitpersonen im Patientenzimmer in allen Fachabteilungen möglich.</i>



LEISTUNGSANGEBOT	
21	Seelsorge <i>Die Angebote richten sich an Patienten, Angehörige und MitarbeiterInnen. Sie werden über Flyer, Faltblätter und Aushang bekannt gemacht. In spezifischen Abteilungen bestehen feste Besuchszeiten, auf allen anderen Stationen steht der Seelsorger auf Anfrage zu Verfügung.</i>
22	Zwei-Bett-Zimmer
23	Mutter-Kind-Zimmer <i>Es gibt im 4. OG Mutter-Kind-Zimmer, sowie Familienzimmer im 7.OG.</i>

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
11	Dolmetscherdienst
12	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
13	Diätetische Angebote
14	Besondere personelle Unterstützung
15	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
16	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
2	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
3	Doktorandenbetreuung
4	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 501

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 23063

Teilstationäre Fallzahl: 0

Ambulante Fallzahl: 55299

## 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)	133,51	133,51	0,00	0,00	133,51
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	69,83	69,83	0,00	0,00	69,83
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	7				
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,63	1,63	0,00	0,00	1,63
- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,63	1,63	0,00	0,00	1,63

**Abkürzungen:**

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

## A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39,00

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	213,39 6,48	213,39 6,48	0,00 0,00	0,00 0,00	213,39 6,48
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	75,75 0,81	75,75 0,81	0,00 0,00	0,00 0,00	75,75 0,81
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	5,71 0,93	5,71 0,93	0,00 0,00	0,00 0,00	5,71 0,93
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	6,09 0,00	6,09 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	6,09 0,00
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,95 0,00	9,95 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	9,95 0,00
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	30,80 0,00	30,80 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	30,80 0,00

### Abkürzungen:

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

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diätassistent und Diätassistentin	4,06	4,06	0,00	0,00	4,06
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	2,38	2,38	0,00	0,00	2,38
Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch- technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	14,41	14,41	0,00	0,00	14,41

Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	10,71	10,71	0,00	0,00	10,71
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	9,24	9,24	0,00	0,00	9,24
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	2,90	2,90	0,00	0,00	2,90
Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin	1,93	1,93	0,00	0,00	1,93
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	0,80	0,80	0,00	0,00	0,80
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	1,80	1,80	0,00	0,00	1,80

**Abkürzungen:**

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

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

### A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

#### Wenn ja:

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

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
--	--

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

#### Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Vertreter aus der Pflege und der Medizin und nach Bedarf andere Berufsgruppen. Organisiert und moderiert werden die Auswertungen vom Qualitäts- und Risikomanagement.
Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise

### 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: Verfahrensanweisung zum CIRS</i> <i>Letzte Aktualisierung: 01.10.2018</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahren zum Med. Notfallmanagement</i> <i>Letzte Aktualisierung: 14.03.2011</i>
5	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: schmerz</i> <i>Letzte Aktualisierung: 21.06.2017</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Sturzprophylaxe / sturzpr</i> <i>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: Gefahr einer Hautschädigung / haut2</i> <i>Letzte Aktualisierung: 21.06.2017</i>
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahren Freiheitsentziehende Maßnahmen</i> <i>Letzte Aktualisierung: 02.05.2008</i>
9	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahren Freiheitsentziehende Maßnahmen</i> <i>Letzte Aktualisierung: 02.05.2008</i>
10	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verabreichung von Arzneimitteln /medi</i> <i>Letzte Aktualisierung: 01.02.2018</i>

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
11	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP01 Letzte Aktualisierung: 02.05.2015</i>
14	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Entlassungsmanagement / entl Letzte Aktualisierung: 18.01.2018</i>

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

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

#### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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

#### Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

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



	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
3	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
	<i>Letzte Aktualisierung: 01.10.2018</i>

**Details:**

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

**A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen**

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

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

**A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte**

**A-12.3.1 Hygienepersonal**

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1 <sup>1)</sup>
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	12 <sup>2)</sup>
Hygienefachkräfte (HFK)	4
Hygienebeauftragte in der Pflege	36

<sup>1)</sup> Extern beratender Krankenhaustygieniker.

<sup>2)</sup> Ärzte aus verschiedenen Fachabteilungen.

### A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

#### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

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

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

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

##### Der Standard thematisiert insbesondere:

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

**Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:**

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

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

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

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

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

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

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

Auswahl: Nein

**A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden**

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

Auswahl: Ja

**Der interne Standard thematisiert insbesondere:**

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

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

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

**A-12.3.2.4 Händedesinfektion**

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

**Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:**

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

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

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

	OPTION	AUSWAHL
2	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

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

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

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

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

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

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

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

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

### **Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:**

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

### **Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:**

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

Name/Funktion:	Diakonie Krankenhaus Kirn Sigrun Mattern, Ehrenamtliche Patientenfürsprecherin
Telefon:	06752 133 100



Fax:	0671 605 2366
E-Mail:	info-dkkd@kreuznacherdiakonie.de

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	24H VERFÜGBAR
9	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja
10	Angiographiegerät/DSA  <i>Magnetresonanz-Angiographien, Phlebographien</i>	Ja

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1] Innere Medizin Bad Kreuznach

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

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

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

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0102) Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
2	(0105) Inn. Medizin/Schwerp. Hämatologie/internist. Onkologie
3	(0107) Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
4	(0152) Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
5	(3600) Intensivmedizin
6	(0156) Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten
7	(0103) Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
8	(0190) Innere Medizin/ohne Diff. nach Schwerpunkten (II)

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
9	(0151) Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
10	(0153) Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes

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

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

### B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Ringstraße 64
PLZ/Ort:	55543 Bad Kreuznach
URL:	<a href="http://www.kreuznacherdiakonie.de">http://www.kreuznacherdiakonie.de</a>

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

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

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

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

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

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	4963
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	383
2	R07	Hals- und Brustschmerzen	351
3	I20	Angina pectoris	343
4	I21	Akuter Myokardinfarkt	333
5	I50	Herzinsuffizienz	247
6	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	191
7	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	164
8	K29	Gastritis und Duodenitis	164
9	I63	Hirnfarkt	145
10	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	144
11	R55	Synkope und Kollaps	106
12	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	103
13	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	92
14	A41	Sonstige Sepsis	86
15	I26	Lungenembolie	66
16	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	63
17	R42	Schwindel und Taumel	62
18	R06	Störungen der Atmung	53
19	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	52
20	E86	Volumenmangel	50
21	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	49
22	K85	Akute Pankreatitis	44
23	J20	Akute Bronchitis	38
24	I47	Paroxysmale Tachykardie	37
25	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	34



	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	I11	Hypertensive Herzkrankheit	34
27	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	33
28	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	33
29	K80	Cholelithiasis	32
30	I42	Kardiomyopathie	32

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

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

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

## B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

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

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

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

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

**Abkürzungen:**

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

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

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

**B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

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

**B-[1].11.2 Pflegepersonal**

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

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

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

**Abkürzungen:**

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

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
6	Kinästhetik
7	Basale Stimulation
8	Bobath

## B-[2] Allgemeine Chirurgie B

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemeine Chirurgie B
Straße:	Jahnstraße
Hausnummer:	11
PLZ:	55606
Ort:	Kirn
URL:	<a href="https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-kirn/medizin-und-pflege/fachabteilungen/orthopaedie-ii/orthopaedie-und-unfallchirurgie/">https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-kirn/medizin-und-pflege/fachabteilungen/orthopaedie-ii/orthopaedie-und-unfallchirurgie/</a>

### B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Hallbauer, Chefarzt
Telefon:	06752 133 982
Fax:	06752 133 983
E-Mail:	unfall-kim@kreunacherdiakonie.de

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

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
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
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



## MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

### Hautdeckungen

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-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	316
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06.0	Gehirnerschütterung	27
2	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	19
3	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	17
4	S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile	14
5	S70.0	Prellung der Hüfte	10
6	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	8
7	T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	8

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	8
9	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	6
10	S43.01	Luxation des Humerus nach vorne	5
11	S46.2	Verletzung des Muskels und der Sehne an sonstigen Teilen des M. biceps brachii	5
12	S46.0	Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette	5
13	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	5
14	S82.81	Bimalleolarfraktur	4
15	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	4
16	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	4
17	S52.50	Distale Fraktur des Radius: Nicht näher bezeichnet	4
18	M25.31	Sonstige Instabilität eines Gelenkes: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	< 4
19	S80.1	Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels	< 4
20	S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen	< 4
21	S52.11	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Kopf	< 4
22	S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet	< 4
23	S86.0	Verletzung der Achillessehne	< 4
24	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	< 4
25	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	< 4
26	S82.82	Trimalleolarfraktur	< 4
27	S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	< 4
28	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	< 4
29	S72.05	Schenkelhalsfraktur: Basis	< 4
30	L60.0	Unguis incarnatus	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S52	Fraktur des Unterarmes	37
2	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	37
3	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	33
4	S72	Fraktur des Femurs	30
5	S06	Intrakranielle Verletzung	28
6	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	11
7	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	10
8	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	9
9	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	8
10	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	7
11	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	7
12	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	7
13	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	7
14	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	6
15	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	6
16	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	6
17	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	5
18	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	< 4
19	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	< 4
20	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
21	L03	Phlegmone	< 4
22	S81	Offene Wunde des Unterschenkels	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
24	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	< 4
25	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	< 4
26	M19	Sonstige Arthrose	< 4
27	S51	Offene Wunde des Unterarmes	< 4
28	S76	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels	< 4
29	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	< 4
30	M00	Eitrige Arthritis	< 4

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	S06.0	Gehirnerschütterung	27
2	S52.5	Distale Fraktur des Radius	24
3	S42.2	Fraktur des proximalen Endes des Humerus	23
4	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	19
5	S72.0	Schenkelhalsfraktur	16
6	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	11
7	S70.0	Prellung der Hüfte	10
8	T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	8
9	S82.8	Bimalleolarfraktur	7
10	S82.1	Fraktur des proximalen Endes der Tibia	6
11	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	6
12	S42.0	Fraktur der Klavikula	5

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
13	S46.0	Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette	5
14	S46.2	Verletzung des Muskels und der Sehne an sonstigen Teilen des M. biceps brachii	5
15	S83.5	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes mit Beteiligung des (vorderen) (hinteren) Kreuzbandes	5
16	S43.0	Luxation des Humerus nach hinten	5
17	S52.1	Fraktur des proximalen Endes des Radius	4
18	S42.4	Fraktur des distalen Endes des Humerus	4
19	S22.4	Rippenserienfraktur	4
20	L03.1	Phlegmone an der oberen Extremität	< 4
21	S80.1	Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels	< 4
22	S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen	< 4
23	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	< 4
24	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	< 4
25	S86.0	Verletzung der Achillessehne	< 4
26	M25.3	Sonstige Instabilität eines Gelenkes	< 4
27	S82.2	Fraktur des Tibiaschaftes	< 4
28	S80.0	Prellung des Knies	< 4
29	S52.0	Fraktur des proximalen Endes der Ulna	< 4
30	S20.2	Prellung des Thorax	< 4

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Osteosynthesematerial bei Operationen am Weichteilgewebe	26
2	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett- Systems	25
3	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	19
4	5-869.1	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend	18
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	17
6	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	17
7	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	13
8	5-793.3r	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	12
9	3-200	Native Computertomographie des Schädels	11
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	11
11	5-983	Reoperation	10
12	3-206	Native Computertomographie des Beckens	10
13	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	9
14	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	9
15	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	8
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	8

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	7
18	8-201.0	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humero Glenoidalgelenk	7
19	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	7
20	5-855.02	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Reinsertion einer Sehne: Oberarm und Ellenbogen	6
21	5-806.3	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Naht der Syndesmose	6
22	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	6
23	9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	6
24	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	6
25	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	6
26	9-200.00	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 37 bis 42 Aufwandspunkte	5
27	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	5
28	8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	5
29	5-794.kr	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Fibula distal	5
30	5-900.09	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Hand	5

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	69
2	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	44
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	37
4	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	34
5	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	31
6	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	30
7	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	26
8	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	25
9	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	25
10	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	20
11	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	18
12	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	15
13	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnscheide	14
14	5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes	13
15	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	12
16	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	11
17	8-020	Therapeutische Injektion	11
18	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	11
19	3-200	Native Computertomographie des Schädels	11



	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	5-916	Temporäre Weichteildeckung	11
21	5-983	Reoperation	10
22	3-206	Native Computertomographie des Beckens	10
23	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	10
24	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	9
25	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	9
26	5-786	Osteosyntheseverfahren	8
27	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	8
28	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	8
29	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	8
30	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	8

## B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	34
2	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	7
3	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	4
4	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
5	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
7	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
8	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	< 4
9	5-841	Operationen an Bändern der Hand	< 4

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

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

## B-[2].11 Personelle Ausstattung

### B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	------------

**Abkürzungen:**

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

<sup>1)</sup> Ärzte und Ärztinnen sind der Fachabteilung Orthopädie zugeordnet und werden hier nicht aufgelistet.

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

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

### B-[2].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
----------	------	--------	---------	------	-------	-------------

**Abkürzungen:**

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

<sup>1)</sup> Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sind der Fachabteilung Orthopädie zugeordnet und werden hier nicht aufgelistet.

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

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

## B-[3] Kinder- und Jugendmedizin

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

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

### B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen <i>Isotopen-Nephrogramm (Kooperation mit nuklearmedizinischer Praxis)</i>
2	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
4	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
5	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
8	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin <i>Perinatalzentrum Level I</i>
9	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
10	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
11	Diagnostik und Therapie von Allergien <i>Prick-Test, Hyposensibilisierung</i>
12	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
13	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
14	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
16	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
17	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
18	Konventionelle Röntgenaufnahmen <i>inklusive Röntgendarstellung der Harnwege (Miktionscysturothrogramm MCU)</i>
19	Duplexsonographie
20	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
21	Eindimensionale Dopplersonographie
22	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
23	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
24	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
25	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>mit Sedierung</i>
26	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
27	Native Sonographie
28	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
29	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
30	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
31	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
32	Kindertraumatologie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>Zusammenarbeit mit der Abteilung für Chirurgie</i>
33	Kinderorthopädie
	<i>Zusammenarbeit mit der Abteilung Orthopädie</i>
34	Schwindeldiagnostik/-therapie
35	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
36	Diagnostik und Therapie von Allergien
37	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
	<i>mit Sedierung</i>
38	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
39	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
40	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
41	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
42	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
43	Neuropädiatrie
	<i>In Kooperation mit Sozialpädiatrischem Zentrum</i>
44	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
45	Kindertraumatologie
46	Neonatologie
47	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
48	Spezialsprechstunde
49	Pränataldiagnostik und -therapie
	<i>In Kooperation mit Geburtshilfe</i>
50	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
51	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
52	Betreuung von Risikoschwangerschaften
	<i>In Kooperation mit Geburtshilfe</i>
53	Pädiatrische Intensivmedizin
54	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
55	Sozialpädiatrisches Zentrum

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	2959
Teilstationäre Fallzahl:	0



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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	215
2	J20	Akute Bronchitis	151
3	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	136
4	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	120
5	S06	Intrakranielle Verletzung	110
6	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	93
7	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	81
8	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	67
9	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	65
10	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	63
11	S01	Offene Wunde des Kopfes	58
12	J02	Akute Pharyngitis	55
13	K29	Gastritis und Duodenitis	52
14	J21	Akute Bronchiolitis	51
15	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	51
16	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	46
17	R56	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	43
18	R55	Synkope und Kollaps	40
19	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	33
20	G40	Epilepsie	33
21	J05	Akute obstruktive Laryngitis [Krupp] und Epiglottitis	33
22	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	32
23	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	32

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	J03	Akute Tonsillitis	28
25	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	27
26	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	26
27	R11	Übelkeit und Erbrechen	25
28	R07	Hals- und Brustschmerzen	23
29	R06	Störungen der Atmung	22
30	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	22

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	334
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	281
3	8-010	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen	214
4	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	202
5	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	170
6	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	149
7	8-903	(Analgo-)Sedierung	139
8	8-121	Darmspülung	123
9	8-900	Intravenöse Anästhesie	115
10	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	105
11	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	100
12	8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen	83
13	8-720	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen	80

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

## B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

## B-[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)	16,10	16,10	0,00	0,00	16,10	183,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,03	5,03	0,00	0,00	5,03	588,3

**Abkürzungen:**

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

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

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

### B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Diabetologie
2	Kinder-Gastroenterologie

### B-[3].11.2 Pflegepersonal

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

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

**Abkürzungen:**

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

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

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

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

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

## B-[4] Intensivmedizin B

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Intensivmedizin B
Straße:	Jahnstraße
Hausnummer:	11
PLZ:	55606
Ort:	Kirn
URL:	<a href="https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-kirn/">https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-kirn/</a>

### B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
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
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-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	58
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	14
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	4
3	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	< 4
4	T75.4	Schäden durch elektrischen Strom	< 4
5	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	< 4
6	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	< 4
7	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	< 4
8	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	< 4
9	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	< 4
10	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	< 4
11	M46.25	Wirbelosteomyelitis: Thorakolumbalbereich	< 4
12	R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe	< 4
13	F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	< 4
14	A41.0	Sepsis durch Staphylococcus aureus	< 4
15	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	< 4
16	F14.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
17	T42.4	Vergiftung: Benzodiazepine	< 4
18	S39.9	Nicht näher bezeichnete Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
19	F15.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	< 4
21	S82.41	Fraktur der Fibula, isoliert: Proximales Ende	< 4
22	J93.1	Sonstiger Spontanpneumothorax	< 4
23	T78.3	Angioneurotisches Ödem	< 4
24	T42.7	Vergiftung: Antiepileptika, Sedativa und Hypnotika, nicht näher bezeichnet	< 4
25	I46.9	Herzstillstand, nicht näher bezeichnet	< 4
26	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	< 4
27	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	< 4
28	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	< 4
29	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	< 4
30	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	15
2	I21	Akuter Myokardinfarkt	7
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	4
4	T75	Schäden durch sonstige äußere Ursachen	< 4
5	A41	Sonstige Sepsis	< 4
6	I47	Paroxysmale Tachykardie	< 4
7	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
8	I50	Herzinsuffizienz	< 4
9	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	< 4
10	R07	Hals- und Brustschmerzen	< 4
11	T42	Vergiftung durch Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika und Antiparkinsonmittel	< 4
12	J93	Pneumothorax	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
13	M40	Kyphose und Lordose	< 4
14	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
15	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	< 4
16	F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	< 4
17	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	< 4
18	J20	Akute Bronchitis	< 4
19	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	< 4
20	S39	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
21	I46	Herzstillstand	< 4
22	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
23	R56	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
24	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	< 4
25	F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	< 4

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	647
2	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	30
3	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	14
4	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	13
5	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	9
6	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	9

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	8
8	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	7
9	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	6
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	6
11	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	5
12	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	5
13	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	5
14	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	5
15	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	5
16	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	4
17	9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	4
18	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4
19	8-390.0	Lagerungsbehandlung: Lagerung im Spezialbett	4
20	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	3
21	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung	3
22	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	3
23	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	3
24	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	3
25	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	3
26	8-812.80	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Pathogeninaktiviertes Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	3
27	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage	2
28	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	2

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	2
30	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	2

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	647
2	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	32
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	24
4	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	14
5	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	13
6	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	10
7	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	9
8	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	9
9	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	6
10	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	5
11	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	5
12	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	5
13	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	5
14	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	5
15	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	5
16	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	8-390	Lagerungsbehandlung	4
18	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	4
19	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	4
20	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
21	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
22	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	< 4
23	8-190	Spezielle Verbandstechniken	< 4
24	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	< 4
25	8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	< 4
26	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	< 4
27	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	< 4
28	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	< 4
29	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
30	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	< 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.
----------	------	--------	---------	------	-------	------------

**Abkürzungen:**

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

<sup>1)</sup> Die Ärztinnen und Ärzte der Intensivstation kommen aus der Inneren Medizin.

### B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Diabetologie

### B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39,00

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,77	10,77	0,00	0,00	10,77	5,4

**Abkürzungen:**

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

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensivpflege und Anästhesie

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes
	<i>z. B. Diabetesberatung</i>

## B-[5] Innere Medizin B

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Innere Medizin B
Straße:	Jahnstraße
Hausnummer:	11
PLZ:	55606
Ort:	Kirn
URL:	<a href="https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-kirn/medizin-und-pflege/fachabteilungen/innere-medizin/">https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-kirn/medizin-und-pflege/fachabteilungen/innere-medizin/</a>



### B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	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>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
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>
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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<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>Gefäßdoppler, -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

## MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

*Schwerpunkt Diabetologie inklusive 72-Stunden-Langzeit-Blutzuckermessung, Schulung durch Diabetologen und Diabetesberaterin DDG, Diagnostik und Therapie der diabetischen Folgeerkrankungen, Behandlungskonzept diabetischer Fuß*

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 Gastroskopien</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>

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1722
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	105
2	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	60
3	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	54
4	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	42
5	K59.0	Obstipation	40
6	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	40
7	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	38
8	K29.6	Sonstige Gastritis	37
9	R55	Synkope und Kollaps	36

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	31
11	E86	Volumenmangel	30
12	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	30
13	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	29
14	R42	Schwindel und Taumel	25
15	E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	25
16	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	23
17	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	23
18	J44.09	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	23
19	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	21
20	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	19
21	K92.1	Meläna	18
22	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	18
23	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	17
24	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	17
25	R11	Übelkeit und Erbrechen	14
26	A04.6	Enteritis durch Yersinia enterocolitica	14
27	I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet	14
28	I95.1	Orthostatische Hypotonie	13
29	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	13
30	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	13

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	129
2	I50	Herzinsuffizienz	99
3	A41	Sonstige Sepsis	71
4	K29	Gastritis und Duodenitis	70
5	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	63
6	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	54
7	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	52
8	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	47
9	J20	Akute Bronchitis	45
10	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	42
11	R07	Hals- und Brustschmerzen	42
12	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	42
13	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	41
14	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	39
15	R55	Synkope und Kollaps	36
16	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	30
17	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	30
18	E86	Volumenmangel	30
19	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	28
20	R42	Schwindel und Taumel	25
21	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	24
22	I95	Hypotonie	22
23	I11	Hypertensive Herzkrankheit	19
24	K57	Divertikulose des Darmes	19
25	I20	Angina pectoris	18
26	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	17

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	K25	Ulcus ventriculi	16
28	F41	Andere Angststörungen	15
29	R11	Übelkeit und Erbrechen	14
30	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	13

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	256
2	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	127
3	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	115
4	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	71
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	69
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	64
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	63
8	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	54
9	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	47
10	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	47
11	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	36
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	36
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	26
14	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	26



	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	26
16	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	21
17	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	19
18	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	18
19	9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	18
20	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	18
21	3-200	Native Computertomographie des Schädels	15
22	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	15
23	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	14
24	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	13
25	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	12
26	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	12
27	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	11
28	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	11
29	3-13b	Magen-Darm-Passage (fraktioniert)	11
30	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	10

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	260
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	198
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	189
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	162

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	69
6	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	66
7	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	59
8	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	47
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	36
10	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	36
11	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	29
12	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	26
13	8-854	Hämodialyse	19
14	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	18
15	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	18
16	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	18
17	3-200	Native Computertomographie des Schädels	15
18	1-651	Diagnostische Sigmoidoskopie	13
19	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	11
20	3-13b	Magen-Darm-Passage (fraktioniert)	11
21	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	11
22	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	11
23	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	10
24	5-469	Andere Operationen am Darm	10
25	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	10
26	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	9
27	1-853	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle	8

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	8
29	3-202	Native Computertomographie des Thorax	8
30	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	6

## B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

## B-[5].11 Personelle Ausstattung

### B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	8,61	8,61	0,00	0,00	8,61	200,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,00	3,00	0,00	0,00	3,00	574,0

**Abkürzungen:**

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

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

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

**B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Diabetologie

**B-[5].11.2 Pflegepersonal**

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	16,66	16,66	0,00	0,00	16,66	103,4
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,06	2,06	0,00	0,00	2,06	835,9
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,26	1,26	0,00	0,00	1,26	1366,7

**Abkürzungen:**

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

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

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

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

	<b>ZUSATZQUALIFIKATIONEN</b>
1	Diabetes <i>z. B. Diabetesberatung</i>
2	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>

## B-[6] Unfallchirurgie und allgemeine Chirurgie Bad Kreuznach

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

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

### B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Tumorchirurgie
2	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln <i>z.B. Myositis ossificans</i>
4	Konventionelle Röntgenaufnahmen
5	Bandrekonstruktionen/Plastiken <i>Operationen am Kniegelenk durch Gelenkspiegelung (Arthroskopie), Kreuzbandplastik</i>
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
7	Native Sonographie
8	Arthroskopische Operationen
9	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels <i>Modernste Osteosyntheseverfahren mit Titan-Implantaten (Platten/Nägeln)</i>

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



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

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

Vollstationäre Fallzahl:	3018
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06	Intrakranielle Verletzung	359
2	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	216
3	K40	Hernia inguinalis	209
4	K80	Cholelithiasis	194
5	S52	Fraktur des Unterarmes	176
6	S72	Fraktur des Femurs	154
7	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	130
8	K57	Divertikulose des Darmes	123
9	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	121
10	K35	Akute Appendizitis	115
11	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	102
12	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	75
13	A46	Erysipel [Wundrose]	59
14	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	47
15	K43	Hernia ventralis	40
16	K42	Hernia umbilicalis	40
17	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	31
18	L03	Phlegmone	29
19	L05	Pilonidalzyste	26
20	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	25
21	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	24

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	24
23	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	23
24	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	23
25	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	23
26	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	21
27	N30	Zystitis	21
28	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	19
29	K29	Gastritis und Duodenitis	19
30	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	19

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	256
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	214
3	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	200
4	5-511	Cholezystektomie	196
5	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	195
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	174
7	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	165
8	5-916	Temporäre Weichteildeckung	156
9	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	151
10	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	141

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

## B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	120
2	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	41
3	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	40
4	5-640	Operationen am Präputium	17
5	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	13
6	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	13
7	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	11
8	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	11
9	5-841	Operationen an Bändern der Hand	9
10	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	4
11	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	4
12	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	4
13	5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes	< 4
14	5-849	Andere Operationen an der Hand	< 4
15	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
16	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	< 4
17	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	< 4
18	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
19	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	< 4
20	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	< 4
21	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
22	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4
24	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
25	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	< 4

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

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

## B-[6].11 Personelle Ausstattung

### B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

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

**Abkürzungen:**

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

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

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

### B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Spezielle Unfallchirurgie

### B-[6].11.2 Pflegepersonal

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

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



**Abkürzungen:**

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

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

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

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

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

## B-[7] Plastische und rekonstruktive Chirurgie

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

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

### B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1900) Plastische Chirurgie

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

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

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie <i>Narbensparende Techniken</i>
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde <i>Plastische Resektionen benignen oder malignen Tumore oder schwerer Entzündungen</i>
3	Behandlung von Dekubitalgeschwüren <i>Lappenplastiken bei Patienten mit Querschnittslähmung und Spina bifida</i>
4	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie <i>Rekonstruktion der Nase mit Knorpel- und Knochentransplantaten</i>
5	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse <i>Plastische Rekonstruktion der Brust mit Implantaten oder Eigengewebe (DIEP-, TRAM- oder LATISSIMUS-Lappen)</i>
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut <i>Akutbehandlung und plastisch-rekonstruktive Eingriffe bei Verbrennungen und deren Folgen</i>
7	Native Sonographie
8	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich <i>Mikrochirurgie, Lappenplastiken</i>
9	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse <i>Plastische Korrektur angeborener Fehlbildungen (tubular breast) oder bei Gynäkomastie</i>
10	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
11	Handchirurgie
12	Wundheilungsstörungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
13	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe <i>Gewebetransplantationen und mikrochirurgische Lappenplastiken</i>
14	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren <i>Stadiengerechtes Tumorthерапiekonzept, Sicherheitsnachresektionen</i>
15	Ästhetische Dermatologie
16	Dermatochirurgie
17	Adipositaschirurgie
18	Chirurgie der peripheren Nerven <i>Mikrochirurgie, Nervenreparatur</i>
19	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
20	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres <i>Ohrmuschelplastiken</i>
21	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes <i>primäre und sekundäre Gesichtsrekonstruktion (Expandereinlage, Narbenkorrekturen, Dermojet)</i>
22	Mammachirurgie
23	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen <i>Standardisiertes Therapiekonzept bei Ulcus cruris</i>
24	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand <i>Elektive Handchirurgie, Morbus Dupuytren</i>
25	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen <i>Hand- und Gesichtsfehlbildungen (Lippenspalten, Syndaktylien, Hämangiome)</i>
26	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren <i>Ohrmuschelaufbau</i>
27	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres <i>Korrektur absteigender Ohren</i>
28	Verbrennungschirurgie
29	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich <i>Standardisiertes Sicherheitskonzept und ästhetische Wiederherstellung inklusive großer Tumorchirurgie</i>
30	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>Formerhaltende Tumorchirurgie</i>
31	Offen-chirurgische Operationen bei Leisten-, Bauchwand- und Narbenbrüchen <i>Spezialisierung auf komplizierte Bauchwand- und Narbenbrüche</i>
32	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege <i>Spezialisierung auf Nasenkorrekturen</i>
33	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung <i>Plastische Rekonstruktion der Brust nach Tumorbestrahlung</i>
34	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita <i>Augenlidplastik und Korrektur der Lidheberschwäche</i>
35	Plastische Chirurgie <i>Spezialisierung auf Gesichts- und Brustchirurgie</i>
36	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse <i>Vergrößerung, Verkleinerung oder Straffung der Brust</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	600
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	224
2	E65	Lokalisierte Adipositas	42
3	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	27
4	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	25
5	L90	Atrophische Hautkrankheiten	24
6	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	18
7	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	18

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	16
9	H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	14
10	E88	Sonstige Stoffwechselstörungen	12
11	K42	Hernia umbilicalis	11
12	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	9
13	K43	Hernia ventralis	8
14	S01	Offene Wunde des Kopfes	7
15	C43	Bösartiges Melanom der Haut	7
16	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	7
17	S81	Offene Wunde des Unterschenkels	7
18	D04	Carcinoma in situ der Haut	6
19	N64	Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	5
20	L98	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut, anderenorts nicht klassifiziert	5
21	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	5
22	L03	Phlegmone	5
23	D23	Sonstige gutartige Neubildungen der Haut	4
24	L57	Hautveränderungen durch chronische Exposition gegenüber nichtionisierender Strahlung	4
25	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	4
26	D22	Melanozytennävus	4
27	D03	Melanoma in situ	4
28	M72	Fibromatosen	4
29	C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	4
30	L82	Seborrhoische Keratose	< 4

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	468
2	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	421
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	260
4	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	241
5	5-902	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle	143
6	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	117
7	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	110
8	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	109
9	5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	88
10	8-190	Spezielle Verbandstechniken	77
11	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	61
12	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	55
13	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	40
14	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	40
15	5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	35
16	5-919	Operative Versorgung von Mehrfachtumoren an einer Lokalisation der Haut in einer Sitzung	32
17	5-884	Mammareduktionsplastik	30
18	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	28
19	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	19
20	5-217	Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase	18
21	9-984	Pflegebedürftigkeit	17

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	16
23	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	15
24	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	15
25	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	15
26	5-546	Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum	14
27	5-858	Entnahme und Transplantation von Muskel, Sehne und Faszie mit mikrovaskulärer Anastomosierung	14
28	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	14
29	5-889	Andere Operationen an der Mamma	13
30	5-882	Operationen an der Brustwarze	13

## B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	DR. MED. BORSCHÉ
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VC00 - uneingeschränktes Behandlungsangebot für privat versicherte Patienten

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

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



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

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

## B-[7].11 Personelle Ausstattung

### B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

**Abkürzungen:**

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

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

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

## B-[7].11.2 Pflegepersonal

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

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

### Abkürzungen:

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

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

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

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

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

## B-[8] Orthopädie B

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Orthopädie B
Straße:	Jahnstraße
Hausnummer:	11
PLZ:	55606
Ort:	Kirn
URL:	<a href="https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-kirn/medizin-und-pflege/fachabteilungen/orthopaedie-ii/">https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-kirn/medizin-und-pflege/fachabteilungen/orthopaedie-ii/</a>

### B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
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
20	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
21	Speziellesprechstunde <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 Wirbelsäulen Chirurgie, 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 wirbelsäulen chirurgischen Patienten.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	1558
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	257
2	M47.87	Sonstige Spondylose: Lumbosakralbereich	192
3	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	171
4	M53.26	Instabilität der Wirbelsäule: Lumbalbereich	85
5	M54.4	Lumboischialgie	68
6	M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	48
7	M42.16	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen: Lumbalbereich	38
8	M47.82	Sonstige Spondylose: Zervikalbereich	32
9	M42.17	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen: Lumbosakralbereich	31
10	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	30
11	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	26
12	M23.22	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Innenmeniskus	21
13	M47.86	Sonstige Spondylose: Lumbalbereich	21
14	T84.2	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen	20
15	M47.26	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich	20
16	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	18
17	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	18

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	M80.98	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	17
19	M43.16	Spondylolisthesis: Lumbalbereich	16
20	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	16
21	M54.5	Kreuzschmerz	16
22	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	14
23	M43.17	Spondylolisthesis: Lumbosakralbereich	12
24	M20.1	Hallux valgus (erworben)	11
25	M53.27	Instabilität der Wirbelsäule: Lumbosakralbereich	10
26	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	10
27	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	9
28	M47.84	Sonstige Spondylose: Thorakalbereich	9
29	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	9
30	M54.2	Zervikalneuralgie	8

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M47	Spondylose	303
2	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	274
3	M48	Sonstige Spondylopathien	202
4	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	108
5	M54	Rückenschmerzen	106
6	M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	80
7	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	76
8	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	42
9	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	32
10	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	32

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	M75	Schulterläsionen	31
12	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	31
13	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	24
14	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	24
15	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	23
16	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	16
17	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	9
18	M94	Sonstige Knorpelkrankheiten	7
19	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	7
20	M77	Sonstige Enthesopathien	6
21	M40	Kyphose und Lordose	6
22	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	6
23	M72	Fibromatosen	6
24	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	5
25	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	5
26	M62	Sonstige Muskelkrankheiten	5
27	M19	Sonstige Arthrose	5
28	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	5
29	G57	Mononeuropathien der unteren Extremität	5
30	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	4



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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	1417
2	8-917.13	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule	1134
3	5-83a.x	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Sonstige	323
4	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	251
5	5-984	Mikrochirurgische Technik	227
6	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	167
7	5-831.0	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe	153
8	8-914.10	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Halswirbelsäule	143
9	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	139
10	5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen	135
11	8-917.11	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Halswirbelsäule	133
12	5-835.9	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiösen Spänen (autogen)	129
13	5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment	98
14	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	87
15	8-917.12	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Brustwirbelsäule	85

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	5-839.a0	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung: 1 Wirbelkörper	79
17	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	79
18	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	77
19	5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 2 Segmente	70
20	5-839.61	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente	70
21	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	64
22	5-839.5	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Revision einer Wirbelsäulenoperation	62
23	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	58
24	5-032.02	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: Mehr als 2 Segmente	57
25	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	57
26	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	52
27	5-931.0	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials: Hypoallergenes Material	52
28	5-839.0	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Entfernung von Osteosynthesematerial	46
29	5-83b.51	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 2 Segmente	45
30	5-836.50	Spondylodese: Ventral: 1 Segment	45

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	1582
2	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	1402
3	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	470
4	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	403
5	5-83a	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)	335
6	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	315
7	5-835	Knochenersatz an der Wirbelsäule	266
8	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	251
9	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	243
10	5-984	Mikrochirurgische Technik	227
11	5-836	Spondylodese	178
12	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	139
13	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	89
14	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	86
15	8-020	Therapeutische Injektion	79
16	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	64
17	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	58
18	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	57
19	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	54
20	5-031	Zugang zur Brustwirbelsäule	54

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	53
22	5-931	Art des verwendeten Knorpelersatz-, Knochenersatz- und Osteosynthesematerials	52
23	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	47
24	5-830	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	47
25	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	43
26	5-033	Inzision des Spinalkanals	43
27	5-030	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule	41
28	5-036	Plastische Operationen an Rückenmark und Rückenmarkhäuten	40
29	5-837	Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule	33
30	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	33

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-841	Operationen an Bändern der Hand	9
2	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	7
3	5-849	Andere Operationen an der Hand	6
4	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	6
5	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4
6	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4
7	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	< 4
8	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	< 4
9	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
10	5-863	Amputation und Exartikulation Hand	< 4
11	5-039	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen	< 4
12	5-057	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition	< 4

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

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

## B-[8].11 Personelle Ausstattung

### B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	13,99	13,99	0,00	0,00	13,99	111,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,68	7,68	0,00	0,00	7,68	202,9

**Abkürzungen:**

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

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

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

### B-[8].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 39,00

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	25,98	25,98	0,00	0,00	25,98	60,0

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,92	5,92	0,00	0,00	5,92	263,2
--	------	------	------	------	------	-------

**Abkürzungen:**

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Wundmanagement

## B-[9] Urologie

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

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

### B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2200) Urologie

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

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

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



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

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

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Prostatazentrum <i>HIFU - hochintensiver fokussierter Ultraschall zur Therapie bei Prostatakrebs</i>
2	offen-chirurgische Operationen bei Leistenbrüchen <i>inklusive Netzimplantation</i>
3	Minimalinvasive endoskopische Operationen <i>inklusive Laser-Operationen</i>
4	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden <i>lokale Strahlentherapie bei Prostatakrebs (Seed-Implantation)</i>
5	Nierenchirurgie <i>inklusive organerhaltender Tumorchirurgie</i>
6	Neuro-Urologie <i>Behandlung bei Querschnittslähmung, Urodynamik</i>

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1146
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N20	Nieren- und Ureterstein	222
2	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	158
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	101
4	N40	Prostatahyperplasie	96
5	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	82
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	59
7	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	44
8	N30	Zystitis	37
9	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	33
10	N45	Orchitis und Epididymitis	27
11	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	24
12	N35	Harnröhrenstriktur	23
13	N43	Hydrozele und Spermatozele	21
14	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	15
15	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	15
16	N31	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert	14
17	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	14
18	R39	Sonstige Symptome, die das Harnsystem betreffen	12
19	T83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt	12
20	R33	Harnverhaltung	11
21	K40	Hernia inguinalis	11
22	N23	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik	8
23	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	7
24	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	6

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	N42	Sonstige Krankheiten der Prostata	6
26	N21	Stein in den unteren Harnwegen	5
27	N44	Hodentorsion und Hydatidentorsion	5
28	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	4
29	A41	Sonstige Sepsis	4
30	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

### B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-560	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters	896
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	569
3	3-13d	Urographie	217
4	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	132
5	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	110
6	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	104
7	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	85
8	5-985	Lasertechnik	83
9	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	78
10	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	72
11	8-110	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen	57
12	1-464	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen	56
13	8-541	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren	54

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

## B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

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

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

## B-[9].11 Personelle Ausstattung

### B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	4					286,5

**Abkürzungen:**

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

### B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Urologie

### B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

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

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



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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Stomamanagement
2	Dekubitusmanagement
3	Entlassungsmanagement
4	Kontinenzmanagement

## B-[10] Orthopädie und Rheumaorthopädie Bad Kreuznach

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

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

### B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
12	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus</p> <p><i>Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose; in Kooperation mit unserem WS-Zentrum</i></p>
13	Traumatologie
14	<p>Wirbelsäulenchirurgie</p> <p><i>in Kooperation mit unserem WS-Zentrum</i></p>
15	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
16	<p>Kinderorthopädie</p> <p><i>incl. Extremitätenverlängerung und Skoliosentherapie; Kinder aus den angrenzenden Behindertenbereichen</i></p>
17	<p>Magnetresonanztomographie (MRT), nativ</p> <p><i>Über Abtg. Radiologie</i></p>
18	<p>Bandrekonstruktionen/Plastiken</p> <p><i>Kniegelenk (Kreuzbandplastik), Sprunggelenk, Schultergelenk</i></p>
19	<p>Therapie mit offenen Radionukliden</p> <p><i>Radiosynoviorthese (Zusammenarbeit mit nuklearmedizinischer Praxis) Dr. Zöllner Bad Kreuznach</i></p>
20	<p>Chirurgie der Bewegungsstörungen</p> <p><i>Arthrolysen an allen Gelenken</i></p>
21	<p>Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels</p> <p><i>posttraumatische Endoprothetik am Kniegelenk, Korrektur von Pseudarthrosen und sekundäre Kreuzbandplastiken</i></p>
22	<p>Intraoperative Anwendung der Verfahren</p> <p><i>OP Roboter (MAKO), spinale Navigation (Brainlab)</i></p>
23	<p>Chirurgie der peripheren Nerven</p> <p><i>Operative Korrekturen bei Engpass-Syndromen</i></p>
24	<p>Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane</p> <p><i>Incl. Metastasenchirurgie und prim. Knochentumoren; in teilweiser Kooperation mit unserem WS-Zentrum</i></p>
25	<p>Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik</p> <p><i>Gelenkersatz am Schultergelenk, Ellenbogengelenk, Handgelenk, Fingergelenken, Hüftgelenk, Kniegelenk und Sprunggelenk; zertifiziertes Endoprothesenzentrum der Maximalversorgung</i></p>
26	<p>Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel</p> <p><i>Über Abtg. Radiologie</i></p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
27	Endoprothetik <i>Alle Gelenke (Endoprothesen Zentrum) Endocert; computergestützte Kniegelenkprothesenimplantation /MAKO System/ Firma Stryker</i>
28	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
29	Fußchirurgie <i>DGFFC-Zertifikat, GFCC Master Zertifikat</i>
30	CAD-Planung <i>Endoprothetik aller Gelenke mit CAD-Planung incl. Hüft- und Kniegelenksersatz</i>
31	Arthroskopische Operationen
32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes <i>posttraumatische Endoprothetik, Rekonstruktion bei Verletzungen der Rotatorenmanschette</i>
33	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>Über Abtg. Radiologie</i>
34	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
35	Spezialsprechstunde <i>Rheumatologie, Kinderorthopädie, Wirbelsäulensprechstunde in Kooperation mit unserem WS-Zentrum, Endoprothesensprechstunde</i>
36	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes <i>posttraumatische Endoprothetik bei Destruktionen und Arthrodesen des Sprunggelenks</i>
38	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
39	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen <i>konservative multimodale Schmerztherapie, Denervierungen in Kooperation mit unserem Wirbelsäulenzentrum, konservative Schmerztherapie</i>
40	Native Sonographie <i>Incl. Säuglingssonographie</i>
41	Septische Knochenchirurgie <i>inklusive Gelenkinfektionen und septischer Prothesenwechsel an allen Gelenken</i>
42	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
43	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	2059
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

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

### B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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



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

## B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

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

## B-[10].11 Personelle Ausstattung

### B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

**Abkürzungen:**

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

### B-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

### B-[10].11.2 Pflegepersonal

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

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

**Abkürzungen:**

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

**B-[10].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

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

## B-[11] Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

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

### B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
2	Ambulante Entbindung
3	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse <i>Kooperation mit dem Brustzentrum des Katholischen Klinikums Mainz</i>
4	Gynäkologische Chirurgie
5	Hochvoltstrahlentherapie <i>Kooperation mit Dr.Staab und Universitätsmedizin Mainz (Linearbeschleuniger)</i>
6	Pränataldiagnostik und -therapie <i>Amniocentese, Ersttrimesterscreening, DEGUM II</i>
7	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden <i>Kooperation mit Universitätsmedizin Mainz (Afterloading-Therapie)</i>
8	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie <i>In Zusammenarbeit mit der Abteilung für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie</i>
9	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse <i>Kooperation mit dem Brustzentrum des Katholischen Klinikums Mainz</i>
10	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
11	Spezialsprechstunde <i>Mamma-Sprechstunde, Beratung und Aufklärung bei Risikoschwangerschaften, Impfberatung von Mädchen (HPV), Pränataldiagnostik</i>
12	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
13	Geburtshilfliche Operationen
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
15	Betreuung von Risikoschwangerschaften
16	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
17	Endoskopische Operationen
18	Inkontinenzchirurgie
19	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane

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

Vollstationäre Fallzahl:	3969
Teilstationäre Fallzahl:	0

### B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	758
2	O42	Vorzeitiger Blasensprung	212
3	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	188
4	P08	Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht	179
5	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	168
6	O70	Dammriss unter der Geburt	164
7	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	161
8	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	124
9	O48	Übertragene Schwangerschaft	88
10	D25	Leiomyom des Uterus	80



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

## B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

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

### B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

### B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

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

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

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

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

#### B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

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

**Abkürzungen:**

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

### B-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

### B-[11].11.2 Pflegepersonal

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

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

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

**Abkürzungen:**

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

**B-[11].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

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

**B-[11].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation**

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

## B-[12] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

### B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

### B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

### B-[12].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

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

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

## B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

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



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

### B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	437
Teilstationäre Fallzahl:	0

### B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	G47	Schlafstörungen	135
2	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	64
3	J32	Chronische Sinusitis	49

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	31
5	R42	Schwindel und Taumel	15
6	H93	Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert	14
7	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	13
8	K11	Krankheiten der Speicheldrüsen	10
9	R04	Blutung aus den Atemwegen	7
10	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	6
11	J36	Peritonsillarabszess	6
12	H83	Sonstige Krankheiten des Innenohres	5
13	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	5
14	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	4
15	H91	Sonstiger Hörverlust	4
16	K14	Krankheiten der Zunge	4
17	J03	Akute Tonsillitis	4
18	H81	Störungen der Vestibularfunktion	4
19	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	< 4
20	J37	Chronische Laryngitis und Laryngotracheitis	< 4
21	J95	Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
22	C32	Bösartige Neubildung des Larynx	< 4
23	K12	Stomatitis und verwandte Krankheiten	< 4
24	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	< 4
25	K13	Sonstige Krankheiten der Lippe und der Mundschleimhaut	< 4
26	Q18	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Gesichtes und des Halses	< 4
27	K09	Zysten der Mundregion, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
28	B27	Infektiöse Mononukleose	< 4
29	I88	Unspezifische Lymphadenitis	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	D14	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems	< 4

## B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	100
2	1-790	Kardiorespiratorische Polysomnographie	88
3	8-717	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen	57
4	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	49
5	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	47
6	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	44
7	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	32
8	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	32
9	8-506	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen	31
10	5-200	Parazentese [Myringotomie]	26
11	5-984	Mikrochirurgische Technik	23
12	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	23
13	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	18
14	5-262	Resektion einer Speicheldrüse	13
15	1-242	Audiometrie	11
16	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	10
17	1-630	Diagnostische Ösophagoskopie	10
18	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	9
19	5-272	Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens	8

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	7
21	1-611	Diagnostische Pharyngoskopie	6
22	5-210	Operative Behandlung einer Nasenblutung	5
23	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5
24	5-195	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)	5
25	5-250	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge	5
26	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	5
27	5-181	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	4
28	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	4
29	1-992	Durchführung von Genmutationsanalysen und Genexpressionsanalysen bei soliden bösartigen Neubildungen	4
30	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	4

## B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

## B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[12].11 Personelle Ausstattung

## B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

**Abkürzungen:**

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

### B-[12].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

## B-[12].11.2 Pflegepersonal

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

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

**Abkürzungen:**

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

### B-[12].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

### **B-[12].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation**

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Palliative Care



## B-[13] Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

### B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

### B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

### B-[13].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

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

### B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

### B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
2	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
3	Schrittmachereingriffe
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge <i>Lungenschonende Beatmungsverfahren</i>
5	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz <i>alle Hämofiltrationsverfahren (insbesondere CVVHDF) und intermittierende Dialyse</i>
6	Spezialsprechstunde <i>Schmerzsprechstunde</i>
7	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
10	Akute und sekundäre Traumatologie

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

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

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

## B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	242
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I21	Akuter Myokardinfarkt	30
2	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	15
3	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	13
4	R40	Somnolenz, Sopor und Koma	12
5	A41	Sonstige Sepsis	12
6	I50	Herzinsuffizienz	11
7	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	10
8	J96	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert	9
9	I46	Herzstillstand	7
10	S72	Fraktur des Femurs	6
11	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	5
12	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	5
13	I63	Hirnfarkt	5
14	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	4
15	T43	Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert	4
16	I26	Lungenembolie	4
17	I47	Paroxysmale Tachykardie	4
18	S06	Intrakranielle Verletzung	< 4
19	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	< 4
20	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	< 4
21	K80	Cholelithiasis	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	I20	Angina pectoris	< 4
23	K35	Akute Appendizitis	< 4
24	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	< 4
25	F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	< 4
26	T42	Vergiftung durch Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika und Antiparkinsonmittel	< 4
27	G40	Epilepsie	< 4
28	S36	Verletzung von intraabdominalen Organen	< 4
29	M40	Kyphose und Lordose	< 4
30	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	< 4

### B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	657
2	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	636
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	253
4	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	211
5	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	160
6	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	157
7	8-854	Hämodialyse	114
8	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	98
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	86
10	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	69
11	8-701	Einfache endotracheale Intubation	68

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	53
13	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	46
14	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	43
15	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	42
16	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	37
17	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	33
18	8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	31
19	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	27
20	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	27
21	8-607	Hypothermiebehandlung	25
22	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	21
23	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	20
24	8-020	Therapeutische Injektion	18
25	5-916	Temporäre Weichteildeckung	18
26	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	17
27	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	17
28	5-469	Andere Operationen am Darm	16
29	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	14
30	5-449	Andere Operationen am Magen	13



## B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

## B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[13].11 Personelle Ausstattung

### B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

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

**Abkürzungen:**

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

### B-[13].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Anästhesiologie

### B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Palliativmedizin

### B-[13].11.2 Pflegepersonal

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

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

**Abkürzungen:**

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

### **B-[13].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse**

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

### **B-[13].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation**

	<b>ZUSATZQUALIFIKATIONEN</b>
1	Palliative Care
2	Schmerzmanagement

## B-[14] Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie

### B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

### B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

### B-[14].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

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

## B-[14].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

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

### B-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	16
Teilstationäre Fallzahl:	0

### B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	K01	Retinierte und impaktierte Zähne	< 4

### B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-777	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes	7
2	5-231	Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie)	6
3	5-225	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen	5
4	5-776	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes	5
5	5-769	Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen	5
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	4
7	5-761	Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur	< 4
8	5-764	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae	< 4
9	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
10	5-772	Partielle und totale Resektion der Mandibula	< 4
11	5-057	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition	< 4
12	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	< 4
13	5-771	Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens	< 4
14	5-230	Zahnextraktion	< 4
15	5-243	Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers	< 4
16	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
17	5-765	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae	< 4
18	5-241	Gingivaplastik	< 4

## B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

## B-[14].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[14].11 Personelle Ausstattung

### B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	1					16,0

**Abkürzungen:**

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



### **B-[14].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung**

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

### **B-[14].11.1.2 Zusatzweiterbildung**

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Plastische Operationen

## B-[15] Diagnostische Radiologie

### B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

### B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3751) Radiologie

### B-[15].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

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

## B-[15].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

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

## B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	1354
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	669
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	509
4	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	471
5	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	445
6	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	403
7	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	264

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	3-808	Native Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße	243
9	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	235
10	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	160
11	3-202	Native Computertomographie des Thorax	159
12	3-206	Native Computertomographie des Beckens	132
13	3-208	Native Computertomographie der peripheren Gefäße	115
14	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	91
15	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	69
16	3-201	Native Computertomographie des Halses	62
17	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	59
18	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	50
19	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	45
20	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	37
21	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	34
22	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	29
23	3-843	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	26
24	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	25
25	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	16
26	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	15
27	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	15
28	3-801	Native Magnetresonanztomographie des Halses	11
29	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	9

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	9

## B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

## B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[15].11 Personelle Ausstattung

### B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40					
PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	4,58	4,58	0,00	0,00	4,58	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,60	3,60	0,00	0,00	3,60	0,0

**Abkürzungen:**

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

### B-[15].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[15].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Magnetresonanztomographie - fachgebunden -

### B-[15].11.2 Pflegepersonal

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

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

**Abkürzungen:**

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

## C Qualitätssicherung

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

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

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



	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
9	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	69	100
10	Mammachirurgie (18/1)	49	100
11	Dekubitusprophylaxe (DEK)	261	100
12	Hüftendoprothesenve (HEP)	370	100
13	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	301	100,3
	<i>Die Dokumentationsrate in diesem Zählleistungsbereich der HEP ist durch verfahrenstechnische Ursachen ggf. teilweise nicht korrekt darstellbar.</i>		
14	Hüftendoprothesenve Hüft- Endoprothesenwechs und Hüftkomponentenwec (HEP_WE)	71	100
15	Knieendoprothesenve (KEP)	181	100
16	Knieendoprothesenve Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie- Schlittenprothesen (KEP_IMP)	135	100
17	Knieendoprothesenve Knieendoprothesenwec und Kniekomponentenwec (KEP_WE)	46	100
18	Neonatologie (NEO)	246	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
19	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	286	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.1 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: "Diakonie Krankenhaus Standort 1"

##### C-1.2 A.1.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Qualitätsbericht 2017  
Diakonie Krankenhaus Kreuznacher Diakonie

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Qualitätsbericht 2017  
Diakonie Krankenhaus Kreuznacher Diakonie

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

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



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

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

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

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

<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,06 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,56
Grundgesamtheit	57
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>50</b>	<b>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</b>
Kennzahl-ID	54040
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,54 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,66 % - 0,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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



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

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	12,89 % - 13,41 %

**FALLZAHL**

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

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

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

57

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

Kennzahl-ID	52279
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

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

#### BUNDESERGEBNIS

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

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4

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

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

58

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

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

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

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

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



Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

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

#### BUNDESERGEBNIS

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

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	73
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	74

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

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

62

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

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

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

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

Qualitätsbericht 2017  
Diakonie Krankenhaus Kreuznacher Diakonie

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,49 % - 1,73 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	9,69
Grundgesamtheit	242
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

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

#### BUNDESERGEBNIS

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

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	40
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	46

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

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

76

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

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

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



Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,22 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

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

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

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

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

Qualitätsbericht 2017  
Diakonie Krankenhaus Kreuznacher Diakonie

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Qualitätsbericht 2017  
Diakonie Krankenhaus Kreuznacher Diakonie

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



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

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

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

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

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

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

### C-1.2.A.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: "Kirn 02"

#### C-1.2 A.2.1 Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit einer Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	Kennzahl-ID	54029
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 24,25 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,37 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,07 % - 1,24 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	12
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2	Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54030</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 24,25 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	15,94 % - 16,53 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	12
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
3 Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54033</b>
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—



<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,35 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,06 % - 1,11 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>4</b>	<b>Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54036</b>
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	0 % - 28,68 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,06 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,1
Grundgesamtheit	12
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

5	<b>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</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	54040
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	0 % - 23,25 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 3,54 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,66 % - 0,79 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,13
Grundgesamtheit	12
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
---	--

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 7,07 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,02 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,04 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,41
Grundgesamtheit	12
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
7 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)	
Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	3560
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
8 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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	88,65 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,56 % - 96,73 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	30
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	30

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
9 Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54002</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitäts-indikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,56 % - 93,17 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

10	<b>Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54003</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	15,34 % - 15,93 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar



11	<b>Vorbegende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54004</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	91,43 % - 100 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	94,9 % - 95,1 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	41
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	41
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
12	<b>Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54010</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich	88,65 % - 100 %
-------------------	-----------------

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,95 % - 98,08 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	30
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	30

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

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

**13 Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**

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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,8 % - 3,15 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,99 % - 1,03 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>6</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>3,55</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>30</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>

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

<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	33
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>15</b>	<b>Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54015</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	11,81 % - 48,79 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	10,85 % - 11,37 %

<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	19
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>U32</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>16</b>	<b>Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54016</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	0 % - 11,35 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 6,03 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,56 % - 1,68 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	30
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
17 Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54017</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Zu beachten ist, dass dieses Indikatoregebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 17,46 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5,93 % - 6,51 %

<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>18</b>	<b>Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54018</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	0 % - 16,82 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 11,11 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,35 % - 4,69 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	19



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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
20	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten
Kennzahl-ID	<b>54120</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 29,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,39 % - 12,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21	<b>Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2005</b>
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	90,9 % - 99,28 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,39 % - 98,48 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	74
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	76
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
22	<b>Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2006</b>
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	90,79 % - 99,27 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	73
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	75
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>23</b>	<b>Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2007</b>
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—

<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,97 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>24</b>	<b>Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2009</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	90,03 % - 99,2 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,18 % - 95,35 %

<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	67
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	69
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>25</b>	<b>Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2013</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	71,22 % - 92,25 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,88 % - 94,13 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	38
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	45
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
26 Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2028</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	91,43 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,49 % - 95,68 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	41
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	41
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
27 Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50722</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	95,19 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,18 % - 96,32 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	76
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	76



QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
28	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50778</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,73 % - 2,13 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,05 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	8,6
Grundgesamtheit	76
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

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

	LEISTUNGSBEREICH	AUSWAHL
1	Schlaganfall	Ja

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

Leistungsbereich:	Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser (QKK) Projekt der Arbeitsgemeinschaften Katholischer Krankenhäuser Rheinland-Pfalz und Saarland QKK-Indikatorenset Version 2
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Das QKK-Indikatorenset Version 2.2 umfasst 77 Kennzahlen. Von diesen werden 70 Kennzahlen für ein Benchmarking eingesetzt. Weitere sieben Kennzahlen sind Bestandteil des Moduls Sentinel Events
Ergebnis:	Rate Krankenhaus in Prozent aus dem QKK-Analysetool für das Berichtsjahr
Messzeitraum:	01.01.2017 bis 31.12.2017
Datenerhebung:	QKK e. V., Routinedaten nach § 21 KHEntgG

Rechenregeln:	siehe QKK-Indikatorenset Version 2.2. Berechnungsregeln für das Datenjahr 2017. Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser (QKK). Download unter <a href="http://www.qkk-online.de">http://www.qkk-online.de</a>
Referenzbereiche:	Ein Referenzbereich wird nicht verwendet
Vergleichswerte:	risikoadjustierter Erwartungswert
Quellenangabe:	Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser (QKK). Download unter <a href="http://www.qkk-online.de">http://www.qkk-online.de</a>

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

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

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

#### Strukturqualitätsvereinbarungen:

	VEREINBARUNG
1	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen - Perinatalzentrum LEVEL 1

<b>VEREINBARUNG</b>
Die Ergebnisse sind auf der Homepage des Krankenhauses abrufbar. <a href="https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/medizin-und-pflege/fachabteilungen/kinder-und-jugendmedizin/neugeborenen-und-kinderintensivstation/">https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-bad-kreuznach/medizin-und-pflege/fachabteilungen/kinder-und-jugendmedizin/neugeborenen-und-kinderintensivstation/</a>

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

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

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	86
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	25
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	15

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