



Strukturierter Qualitätsbericht 2017 Diakonie Krankenhaus Kirn

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

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	5
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	6
A-0 Fachabteilungen	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	9
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	9
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	9
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	13
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	13
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	14
A-10 Gesamtfallzahlen	14
A-11 Personal des Krankenhauses	14
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	16
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	28
B-[1] Allgemeine Chirurgie B	28
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	28
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	28

B-[1].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	28
B-[1].1.3	Weitere Zugänge	29
B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	29
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	29
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	31
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	31
B-[1].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	32
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	33
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	33
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	34
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	35
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	35
B-[1].11	Personelle Ausstattung	35
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	36
B-[1].11.2	Pflegepersonal	36
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	36
B-[2]	Intensivmedizin B	38
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	38
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	38
B-[2].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	38
B-[2].1.3	Weitere Zugänge	38
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	39
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	39

B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	40
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	41
B-[2].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	41
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	42
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	42
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	43
B-[2].11	Personelle Ausstattung	44
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	44
B-[2].11.1	Zusatzweiterbildung	44
B-[2].11.2	Pflegepersonal	44
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	45
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	45
B-[3]	Innere Medizin B	46
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	46
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	46
B-[3].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	46
B-[3].1.3	Weitere Zugänge	47
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	47
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	47
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	51
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	51
B-[3].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	51

B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	52
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	52
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	53
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	54
B-[3].11	Personelle Ausstattung	54
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	54
B-[3].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	54
B-[3].11.1	Zusatzweiterbildung	55
B-[3].11.2	Pflegepersonal	55
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	55
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	56
B-[4]	Orthopädie B	57
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	57
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	57
B-[4].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	57
B-[4].1.3	Weitere Zugänge	57
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	58
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	58
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	60
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	60
B-[4].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	60
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	61

B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	61
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	63
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	63
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	64
B-[4].11	Personelle Ausstattung	64
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	64
B-[4].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	64
B-[4].11.2	Pflegepersonal	65
B-[4].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	65
B-[4].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	65
C	Qualitätssicherung	67
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	67
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	96
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	96
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	97

Vorwort

VORWORT DES VORSTANDS KRANKENHÄUSER UND HOSPIZE

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

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

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



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

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

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

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

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



Dr. med. Dennis Göbel
Vorstand Krankenhäuser und Hospize

VORWORT DES DIREKTORIUMS

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser

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

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



Das Direktorium des Diakonie Krankenhauses (v.li.): Manuel Seidel, Carmen 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:	https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/ diakonie-krankenhaus-kirm/
--------------------------------------	--

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

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

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Diakonie Krankenhaus kreuznacher diakonie
PLZ:	55606
Ort:	Kirn
Straße:	Jahnstraße
Hausnummer:	11
IK-Nummer:	260711636
Standort-Nummer:	2
Krankenhaus-URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankenhaeuser/diakonie-krankenhaus-kirn/

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Diakonie Krankenhaus Standort Kirn
PLZ:	55606
Ort:	Kirn
Straße:	Jahnstraße
Hausnummer:	11
IK-Nummer:	260711636
Standort-Nummer:	2
E-Mail:	info-dkkd@kreuznacherdiakonie.de
Standort-URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de/krankhaeuser/diakonie-krankenhaus-kirn/

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

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

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität:

1 Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg Universität Mainz

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale
Versorgungsverpflichtung?

Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
2	Fußreflexzonenmassage
3	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>Kooperation mit psychosomatischer Fachklinik, Prof. Dr. Rüdgel</i>
4	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik <i>Abteilung Physiotherapie</i>
5	Physikalische Therapie/Bädertherapie
6	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
7	Massage <i>Abteilung für physikalische Therapie</i>
8	Medizinische Fußpflege <i>Optionale Leistung</i>
9	Kinästhetik <i>Kinästhetik Trainer Abteilung für physikalische Therapie</i>
10	Manuelle Lymphdrainage <i>Abteilung für physikalische Therapie</i>
11	Eigenblutspende
12	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Demenz-Kompetenz Ansprechpartner</i>
13	Stomatherapie/-beratung <i>Kooperation mit externem Versorgungspartner</i>
14	Schmerztherapie/-management

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

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Andachtsraum
2	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Schweinefleischfreie und vegetarische Kost, weitere Kostformen auf Nachfrage verfügbar</i>
3	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
4	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
5	Seelsorge
6	Internetanschluss am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 5 €</i> <i>Nach Anmeldung an der Krankenhausporte</i>
7	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer <i>Tresor in der Verwaltung und in jedem Patientenzimmer</i>
8	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen <i>Max. Kosten pro Stunde: 0 €</i> <i>Max. Kosten pro Tag: 0 €</i>
9	Rundfunkempfang am Bett <i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
10	Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 1,8 €</i> <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,18 €</i> <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i>
11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
12	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
13	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
14	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
15	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum

	LEISTUNGSANGEBOT
	<i>Es befinden sich auf zwei Etagen Aufenthaltsräume.</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

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

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 109

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	3654
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	9026

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)	24,23	24,23	0,00	0,00	24,23
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	12,31	12,31	0,00	0,00	12,31
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	53,91 0,50	53,91 0,50	0,00 0,00	0,00 0,00	53,91 0,50
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,06 0,00	2,06 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	2,06 0,00
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,18 0,00	7,18 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	7,18 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	0,97	0,97	0,00	0,00	0,97
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	1,50	1,50	0,00	0,00	1,50
Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	1,50	1,50	0,00	0,00	1,50
Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	1,10	1,10	0,00	0,00	1,10
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	2,60	2,60	0,00	0,00	2,60
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	0,50	0,50	0,00	0,00	0,50
Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin	1,93	1,93	0,00	0,00	1,93
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00

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:	Nein
---	------

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:	AG-Risk, Mitglieder verschiedener Professionen
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: VA zum CIRS Letzte Aktualisierung: 01.10.2018</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
5	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: schmerz Letzte Aktualisierung: 21.06.2017</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: sturzpr Letzte Aktualisierung: 21.06.2017</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Gefahr einer Hautschädigung / haut2 Letzte Aktualisierung: 21.06.2017</i>
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahren freiheitsentziehende Maßnahmen10/2018 in Revision Letzte Aktualisierung: 05.05.2008</i>
9	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verabreichung von Arzneimitteln / medi Letzte Aktualisierung: 01.02.2018</i>
10	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

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

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:

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

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	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
Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen	1 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	3 ²⁾
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	10

¹⁾ Extern beratender Krankenhaustygeniker.

²⁾ Ärzte aus verschiedenen Fachabteilungen.

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

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

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

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

Auswahl: Nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION	AUSWAHL
1	Standortsspezifische 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

Standortsspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor:

Auswahl: Nein

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

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

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

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

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

	OPTION	AUSWAHL
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

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

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

ONKO-KISS

STATIONS-KISS

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.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein 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	Ja
9	Patientenbefragungen <i>Die Patientenbefragung ermöglicht es, die Patientenzufriedenheit Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize zu analysieren und zu bewerten. Neben einem Vergleich mit anderen Krankenhäusern bietet dies die gezielte Betrachtung einzelner Stationen die Möglichkeit, konkrete Verbesserungspotentiale zu erkennen, Maßnahmen umzusetzen und zu einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung beizutragen.</i>	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Allgemeine Chirurgie B

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

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

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[1].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-kirn@kreunacherdiakonie.de

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

B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Jahnstraße 11
PLZ/Ort:	55606 Kirn
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
2	Konventionelle Röntgenaufnahmen
3	Native Sonographie
4	Eindimensionale Dopplersonographie

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
30	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
31	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
32	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
33	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
34	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie <i>Hautdeckungen</i>
35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
36	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
37	Arthroskopische Operationen <i>Knie- und Schultergelenksspiegelungen sowie Spiegelungen des oberen Sprunggelenkes</i>
38	Magen-Darm-Chirurgie
39	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
40	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
41	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
42	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
43	Tumorchirurgie
44	Bandrekonstruktionen/Plastiken

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

Vollstationäre Fallzahl:	316
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	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	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	7
11	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	7
12	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	7
13	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	7
14	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	6
15	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	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	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	< 4
19	L03	Phlegmone	< 4
20	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
21	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	< 4
22	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	M00	Eitrige Arthritis	< 4
24	M77	Sonstige Enthesopathien	< 4
25	S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	< 4
26	S81	Offene Wunde des Unterschenkels	< 4
27	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
28	S20	Oberflächliche Verletzung des Thorax	< 4
29	M19	Sonstige Arthrose	< 4
30	S51	Offene Wunde des Unterarmes	< 4

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
13	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	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	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	11
17	3-200	Native Computertomographie des Schädels	11
18	8-020	Therapeutische Injektion	11
19	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	11
20	5-916	Temporäre Weichteildeckung	11
21	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	10
22	5-983	Reoperation	10
23	3-206	Native Computertomographie des Beckens	10
24	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	9
25	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	9
26	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	8
27	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	8
28	5-786	Osteosyntheseverfahren	8
29	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	8
30	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	8

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)

B-[1].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	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
5	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
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-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche
Arbeitszeiten

40

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

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

¹⁾ Ärzte und Ärztinnen sind der Fachabteilung Orthopädie zugeordnet und werden hier nicht aufgelistet.

B-[1].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

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

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

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

B-[2] Intensivmedizin B

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

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

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Jahnstraße 11
PLZ/Ort:	55606 Kirn
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Intensivmedizin <i>Monitoring für 6 Patienten, 3 Beatmungsplätze, Nicht invasive Beatmung; Intermediate-Care: Monitoring für 4 Patienten</i>
2	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
3	Chirurgische Intensivmedizin
4	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
5	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
8	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
9	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
10	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
11	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
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-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	58
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	15
2	I21	Akuter Myokardinfarkt	7
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	4
4	A41	Sonstige Sepsis	< 4
5	T75	Schäden durch sonstige äußere Ursachen	< 4
6	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	< 4
7	I50	Herzinsuffizienz	< 4
8	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
9	T42	Vergiftung durch Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika und Antiparkinsonmittel	< 4
10	R07	Hals- und Brustschmerzen	< 4
11	I47	Paroxysmale Tachykardie	< 4
12	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
13	F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	< 4
14	J93	Pneumothorax	< 4
15	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	< 4
16	M40	Kyphose und Lordose	< 4
17	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	< 4
18	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
19	J20	Akute Bronchitis	< 4
20	R56	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	< 4
22	F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	< 4
23	I46	Herzstillstand	< 4
24	S39	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
25	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	< 4

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	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	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	9
8	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	9
9	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	6
10	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	5
11	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	5
12	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	5
13	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	5

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	5
15	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	5
16	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	4
17	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	4
18	8-390	Lagerungsbehandlung	4
19	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4
20	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	< 4
21	8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	< 4
22	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	< 4
23	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	< 4
24	8-190	Spezielle Verbandstechniken	< 4
25	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	< 4
26	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 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	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	< 4

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

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

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

¹⁾ Die Ärztinnen und Ärzte der Intensivstation kommen aus der Inneren Medizin.

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Diabetologie

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensivpflege und Anästhesie

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

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

B-[3] Innere Medizin B

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

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

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

B-[3].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Jahnstraße 11
PLZ/Ort:	55606 Kirn
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de

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

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Interdisziplinäre Tumornachsorge <i>ambulante und stationäre Chemotherapie, palliative Schmerztherapie, Schmerzmanagement</i>
2	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten <i>Echokardiografie, LZ-RR, LZ-EKG, Ergometrie</i>
3	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut <i>Doppler, Duplex</i>
4	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege <i>Lungenfunktionstest, Röntgen, diagnostische und therapeutische Bronchoskopie</i>
5	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
6	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes</p> <p><i>Lungenfunktionstest, Röntgen, diagnostische und therapeutische Bronchoskopie</i></p>
7	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea</p> <p><i>Lungenfunktionstest, Röntgen, diagnostische und therapeutische Bronchoskopie</i></p>
8	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen</p> <p><i>Lungenfunktionstest, Röntgen, diagnostische und therapeutische Bronchoskopie</i></p>
9	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle</p> <p><i>Lungenfunktionstest, Röntgen, diagnostische und therapeutische Bronchoskopie</i></p>
10	Duplexsonographie
11	<p>Diagnostik und Therapie von Urolithiasis</p> <p><i>Sonografie, Urografie</i></p>
12	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
13	<p>Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich</p> <p><i>Lungenfunktionstest, Röntgen, diagnostische und therapeutische Bronchoskopie</i></p>
14	<p>Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen</p> <p><i>Doppler, Duplex</i></p>
15	<p>Konventionelle Röntgenaufnahmen</p> <p><i>Röntgen der Brust- und Bauchorgane incl. Urografie, Kontrastmitteldarstellung der Gefäße</i></p>
16	Eindimensionale Dopplersonographie
17	<p>Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen</p> <p><i>Sonographie, Endoskopien mit Gewebegewinnung zur histologischen Sicherung, ambulante und stationäre Chemotherapie, Schmerzmanagement</i></p>
18	Endoskopie
19	<p>Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</p> <p><i>Stationäre körperliche Entgiftungsbehandlung von Alkohol- und BTM-Abhängigkeiten</i></p>
20	<p>Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters</p> <p><i>Sonografie, Urografie</i></p>
21	<p>Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems</p> <p><i>Sonografie, Urografie</i></p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
22	<p>Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen</p> <p><i>Gefäßduppler, -duplex, Phlebographien, Wundmanagement, Diabetischer Fuß</i></p>
23	<p>Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit</p> <p><i>Echokardiografie, LZ-RR, LZ-EKG, Ergometrie, Ambulante Herzschrittmacherkontrolle</i></p>
24	<p>Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten</p> <p><i>Doppler, Duplex</i></p>
25	<p>Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen</p> <p><i>Röntgen, Labordiagnostik, Krankengymnastik</i></p>
26	<p>Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege</p> <p><i>Lungenfunktionstest, Röntgen, diagnostische und therapeutische Bronchoskopie</i></p>
27	<p>Physikalische Therapie</p>
28	<p>Schmerztherapie</p>
29	<p>Transfusionsmedizin</p> <p><i>Transfusionsmanagement, amb. und stat. Transfusion von Blut und Blutprodukten</i></p>
30	<p>Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren</p> <p><i>Kolon-Kontrasteinlauf, Ösophagus-Breischluck, ERCP</i></p>
31	<p>Phlebographie</p>
32	<p>Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen</p> <p><i>Gefäßduppler, -duplex</i></p>
33	<p>Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz</p> <p><i>Dialyse angeschlossen</i></p>
34	<p>Schrittmachereingriffe</p> <p><i>Ein- und Zweikammerschrittmacher, Nachsorge</i></p>
35	<p>Schwindeldiagnostik/-therapie</p> <p><i>Gefäßduppler, -duplex, LZ-EKG, LZ-RR, Schellong-Test</i></p>
36	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura</p> <p><i>Sonographie inklusive Punktionen und Drainage</i></p>
37	<p>Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen</p> <p><i>Echokardiografie, LZ-EKG, Ergometrie</i></p>

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Sonographie, diagnostische und therapeutische Koloskopie und Rektoskopie inklusive Abtragung von Polypen, Hämorrhoidalbehandlung (Ringapplikation), Ambulante Koloskopien

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1722
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	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	E86	Volumenmangel	30

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	30
18	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	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
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-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	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
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	1-63b	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes	36

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	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	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	18
15	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	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	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	11
20	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	11
21	3-13b	Magen-Darm-Passage (fraktioniert)	11
22	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	11
23	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	10
24	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	10
25	5-469	Andere Operationen am Darm	10
26	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	9
27	3-202	Native Computertomographie des Thorax	8
28	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	8
29	1-853	Diagnostische (perkutane) Punktion und Aspiration der Bauchhöhle	8
30	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	6

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Diabetologie

B-[3].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	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-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

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

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

B-[4] Orthopädie B

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

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

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

B-[4].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Jahnstraße 11
PLZ/Ort:	55606 Kirn
URL:	https://www.kreuznacherdiakonie.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ <i>In Zusammenarbeit mit der Radiologie im Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach.</i>
2	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>In Zusammenarbeit mit der Radiologie im Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach.</i>
3	Intraoperative Anwendung der Verfahren
4	Computertomographie (CT), nativ <i>In Zusammenarbeit mit der Radiologie im Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach.</i>
5	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel <i>In Zusammenarbeit mit der Radiologie im Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach.</i>
6	Metall-/Fremdkörperentfernungen <i>Entfernung Fixateur intern.</i>
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
9	Wirbelsäulenchirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>Umfassende Versorgung degenerativer, traumatischer, entzündlicher und tumoröser Veränderungen an der Wirbelsäule.</i>
10	Konventionelle Röntgenaufnahmen
11	Native Sonographie
12	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
13	Schulterchirurgie
14	Handchirurgie
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
18	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
19	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
20	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
21	Spezialsprechstunde
	<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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
	<i>Schmerztherapie, minimalinvasive Verfahren, Nervenwurzelblockaden, alle notwendigen operativen Verfahren.</i>

32 Chirurgische Intensivmedizin

Spezielle Versorgung von wirbelsäulenchirurgischen Patienten.

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

Vollstationäre Fallzahl:	1558
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	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	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	32
10	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	32
11	M75	Schulterläsionen	31
12	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	31
13	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	24
14	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	24
15	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	23
16	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	16

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	9
18	M94	Sonstige Knorpelkrankheiten	7
19	G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	7
20	M72	Fibromatosen	6
21	M40	Kyphose und Lordose	6
22	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	6
23	M77	Sonstige Enthesopathien	6
24	M19	Sonstige Arthrose	5
25	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	5
26	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	5
27	M62	Sonstige Muskelkrankheiten	5
28	M70	Krankheiten des Weichteilgewebes im Zusammenhang mit Beanspruchung, Überbeanspruchung und Druck	5
29	G57	Mononeuropathien der unteren Extremität	5
30	M65	Synovitis und Tenosynovitis	4

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
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	5-031	Zugang zur Brustwirbelsäule	54
20	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	54
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	5-033	Inzision des Spinalkanals	43
26	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	43
27	5-030	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule	41
28	5-036	Plastische Operationen an Rückenmark und Rückenmarkhäuten	40

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	33
30	5-837	Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule	33

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-[4].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	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	< 4
7	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4
8	5-057	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition	< 4
9	5-039	Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen	< 4
10	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
11	5-863	Amputation und Exartikulation Hand	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	< 4

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

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	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-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement

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	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	12	100
2	Dekubitusprophylaxe (DEK)	60	100
3	Hüftendoprothesenve (HEP)	49	100
4	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	49	100
5	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	76	100

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

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

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

1	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	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	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	R10 - 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	
Kennzahl-ID	54030
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	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	R10 - 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	
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	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

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

<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: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 28,68 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 4,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,87 % - 1,06 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,1</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>12</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>

5	Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	Kennzahl-ID	54040
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 23,25 %
	BUNDESERGEBNIS	
	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	R10 - 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
---	--

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
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	R10 - 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	R10 - 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	R10 - 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	
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/ .
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	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

10	Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	Kennzahl-ID	54003
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	15,34 % - 15,93 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

11	Vorbereitende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
	Kennzahl-ID	54004
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	91,43 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	94,9 % - 95,1 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	41
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	41
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
12	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus	
	Kennzahl-ID	54010
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	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	R10 - 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

Kennzahl-ID	54012
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: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,8 % - 3,15 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</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>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>6</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>3,55</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>30</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>

14	Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben	
	Kennzahl-ID	54013
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der 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: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	33
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
15 Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
Kennzahl-ID	54015
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatoregebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	11,81 % - 48,79 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	10,85 % - 11,37 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	19
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
16 Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen	
Kennzahl-ID	54016
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 11,35 %
BUNDESERGEBNIS	
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	R10 - 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	
Kennzahl-ID	54017
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatoregebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 17,46 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5,93 % - 6,51 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
18	Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Kennzahl-ID	54018
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 16,82 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 11,11 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,35 % - 4,69 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	19

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
19	Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen
Kennzahl-ID	54019
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
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	R10 - 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	54120
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
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	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
	Kennzahl-ID	2005
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	90,9 % - 99,28 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,39 % - 98,48 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	74
	Erwartete Ereignisse	-
	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
22	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)	
	Kennzahl-ID	2006
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	90,79 % - 99,27 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	73
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	75
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
23	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)	
	Kennzahl-ID	2007
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
24 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	90,03 % - 99,2 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,18 % - 95,35 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	67
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	69
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
25 Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben	
Kennzahl-ID	2013
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<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>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
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	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
26 Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung	
Kennzahl-ID	2028
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	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	R10 - 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
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	95,19 % - 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	R10 - 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	
Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
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 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. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,73 % - 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.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

Quellenangabe:

Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser (QKK).
Download unter <http://www.qkk-online.de>

C-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):	8
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	0
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	1

* 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).