Hunsrück Klinik kreuznacher diakonie

Strukturierter Qualitätsbericht 2016

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 7

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 8

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie 8

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 8

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 13

A-10 Gesamtfallzahlen 13

A-11 Personal des Krankenhauses 13

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung 15

A-13 Besondere apparative Ausstattung 24

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen 26

B-[1] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 26

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 26

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 27

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 27

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 28

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 28

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 28
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 29
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 30
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 30
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ... 31
B-[1].11 Personelle Ausstattung ... 31
B-[2] Urologie ... 33
B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 33
B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen ... 33
B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 34
B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 34
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 35
B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 35
B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 36
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 38
B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 38
B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ... 39
B-[2].11 Personelle Ausstattung ... 39
B-[3] Anästhesie und Intensivmedizin ... 41
B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 41
B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen ... 41
B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 42
B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 43
B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 43
B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 43
B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 45

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 46
B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 47
B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 47
B-[3].11 Personelle Ausstattung 47
B-[4] Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie 50
B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 50
B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 50
B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 51
B-[4].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 51
B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 52
B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD 52
B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 53
B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 55
B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 55
B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 55
B-[4].11 Personelle Ausstattung 56
B-[5] Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) 58
B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 58
B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 58
B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 59
B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 59
B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 59
B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD 59
B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 59
B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 60
B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 60

B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 60
B-[5].11 Personelle Ausstattung 60
B-[6] Innere Medizin 62
B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 62
B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 62
B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 63
B-[6].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 64
B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 64
B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD 64
B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 65
B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 67
B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 67
B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 68
B-[6].11 Personelle Ausstattung 68
B-[7] Allgemeine Chirurgie 71
B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 71
B-[7].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 71
B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 72
B-[7].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 74
B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 74
B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD 74
B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 75
B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 77
B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 77
B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 78
B-[7].11 Personelle Ausstattung 78

B-[8] Frauenheilkunde und Geburtshilfe 81
B-[8].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 81
B-[8].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 81
B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 82
B-[8].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 83
B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 83
B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD 83
B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 85
B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 86
B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 86
B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 87
B-[8].11 Personelle Ausstattung 87
C Qualitätssicherung 90
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V 90
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 171
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 171
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 172
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 172
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 172
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 172

Vorwort

Abbildung: Hunsrück Klinik kreuznacher diakonie

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

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

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

- **Krankenhäuser und Hospiz**
- **Leben mit Behinderung** · Rehabilitation, Förderschulen, Wohnungen und Werkstätten für Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen sowie Integrationsabteilungen

- **Seniorenhilfe** · Betreuungs- und Wohnangebote für Menschen im Alter und Pflegebedürftige
- **Kinder-, Jugend- und Familienhilfe** · Tagesstätten, familienentlastende Dienste und Inobhutnahmen
- **Wohnungslosenhilfe** · dezentrale Wohnangebote, ambulante Hilfen wie Straßensozialarbeit, Tagesaufenthalte und Nachbetreuung

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

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

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

Die **Hunsrück Klinik** ist ein Allgemeinkrankenhaus der Regelversorgung mit 264 Betten, 7 Fachabteilungen, davon 5 Haupt- und 2 Belegabteilungen mit verschiedenen Schwerpunkten und Spezialisierungen, für den Standort Simmern existiert ein Versorgungsauftrag.Seit 2009 ist die Hunsrück Klinik Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz mit derzeit 12 Ausbildungsplätzen. Ein eigenständiges Ausbildungszentrum für Gesundheits- und Pflegeberufe sichert mit 60 Ausbildungsplätzen den Nachwuchs in der Gesundheits- und Krankenpflege/ Kinderkranken- pflege und Krankenpflegehilfe. In Kooperation mit der Katholischen Hochschule Mainz und der Fachhochschule Ludwigshafen wird eine akademische Qualifikation in den Pflegeberufen ermöglicht. Ein umfassendes Qualitätsmanagement ist etabliert. In der Klinik existieren mehrere zertifizierte Zentren (EndoProthetik Zentrum, Brustzentrum) sowie ein lokales Traumazentrum im TraumaNetzwerk DGU Mittelrhein.

Die Krankenhäuser der Stiftung kreuznacher diakonie arbeiten in der Krankenhaushygiene eng mit dem Institut für Mikrobiologie der Universitätsmedizin Mainz zusammen. Gemeinsame Hygienestandards und umfassende Präventionsmaßnahmen sind in den Krankenhäusern umgesetzt. Die fast 600 Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen der Hunsrück Klinik gewährleisten die Behandlung von über 10.000 Patienten im stationären und rund 30.000 Patienten im ambulanten Bereich auf einem hohen fachlichen Niveau.

Vorwort der Geschäftsführung

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

Gottfried Keller, schweizerischer Dichter

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

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

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

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

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

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

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

Stiftung kreuznacher diakonie

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

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

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

Dr. Thorsten Junkermann Gabriele Schmitt-Paul

Geschäftsführung Krankenhäuser und Hospize

Einleitung

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Dietmar Lauck, Leitung Qualitätsmanagement Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize
Telefon:	06761 81 1480
Fax:	06761 81 1680
E-Mail:	dietmar.lauck@kreuznacherdiakonie.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Dr. rer. pol. Thorsten Junkermann, Geschäftsführer Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize
Telefon:	0671 605 3567
Fax:	0671 605 3579
E-Mail:	thorsten.junkermann@kreuznacherdiakonie.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	http://www.hunsrueckklinik.de

Stiftung kreuznacher diakonie

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Belegabteilung	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2	Belegabteilung	2200	Urologie
3	Hauptabteilung	3600	Anästhesie und Intensivmedizin
4	Hauptabteilung	2900	Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie
5	Nicht-Bettenführend	2960	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
6	Hauptabteilung	0100	Innere Medizin
7	Hauptabteilung	1500	Allgemeine Chirurgie
8	Hauptabteilung	2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Hunsrück Klinik kreuznacher diakonie
PLZ:	55469
Ort:	Simmern
Straße:	Holzbacher Straße
Hausnummer:	1
IK-Nummer:	260710997
Standort-Nummer:	0
Krankenhaus-URL:	http://www.hunsrueckklinik.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Hans-Peter Mayer, Ärztlicher Direktor
Telefon:	06761 81 1458
Fax:	06761 81 1210
E-Mail:	mayerpe@kreuznacherdiakonie.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Kristina Theodoropoulos, Pflegedirektorin

Stiftung kreuznacher diakonie

Telefon:	06761 18 1366
Fax:	06761 81 1266
E-Mail:	theodkr@kreuznacherdiakonie.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Manuel Seidel, Kaufmännischer Direktor
Telefon:	06761 81 1200
Fax:	06761 81 1210
E-Mail:	hunsrueckklinik@kreuznacherdiakonie.de

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

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

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität:

1	Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
1	Stillberatung
	Speziell weitergebildete Fachkräfte auf Station, Stillinformation 1 mal im Monat auf der Station 3R.
2	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
	im Rahmen der stationären Behandlung durch die Physiotherapeuten
3	Atemgymnastik/-therapie
	Bewegungs- und Verhaltungsschulung zur Optimierung der Atmung
4	Schmerztherapie/-management
	Auf den operativen Stationen im Projekt umgesetzt , Schmerzerfassung und Therapie in Kooperation mit Anästhesie. Eine Schwester verfügt über eine Weiterbildung zur Algesiologische Fachassistenz (Schmerzschwester).
5	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
	Versorgung durch kooperierende Sanitätshäuser. Materialien werden dem Pat. ins Krankenhaus gebracht und im Rahmen des Entlassungsmanagements organisiert durch den Krankenhaussozialdienst.
6	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
	Manuealtherapie wird angeboten
7	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder
8	Säuglingspflegekurse
	Elternschule angeboten von einer Kinderkrankenschwester, Durchführung auf der Station 3R.
9	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot

Stiftung kreuznacher diakonie

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
	Homöopathie im Bereich der Geburtshilfe und Chirurgie
10	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
	angeboten von einer Kinderkrankenschwester in Koop. mit dem Hallenbad Sohren / Büchenbeuren
11	Pädagogisches Leistungsangebot
	In der Krankenpflegeschule werden jedes Jahr 20 Ausbildungsplätze zur Kranken- und GesundheitspflegerIn vorgehalten. Neben der theoretischen und praktischen Ausbildung in der Schule übernehmen pädagogisch geschulte Mitarbeiter des Pflegedienstes die praktische Ausbildung auf den St...
12	Wärme- und Kälteanwendungen
	Physikalische Abteilung - Fango auf Anordnung im Bereich Chirurgie und HNO.
13	Massage
14	Sporttherapie/Bewegungstherapie
	Anwendung gezielter, dosierbarer, auf das Krankheitsgeschehen wirkender Bewegungsformen.
15	Physikalische Therapie/Bädertherapie
	Elektrotherapie, Iontophorese, Wärme- und Kälteanwendungen, Phonophorese.
16	Kinästhetik
	MitarbeiterInnen der Stationen sind kinästhetisch geschult. Eine ausgebildete Kinästhetik-Trainerin ist in der Pflege eingesetzt und steht allen Mitarbeitern beratend zur Verfügung. Regelmäßig werden Grund- und Aufbauschulungen angeboten und Nachschulungen durchgeführt.
17	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
	Werden regelmäßig von den angestellten Hebammen angeboten, Durchführungsort Hunsrück Klinik kreuznacher diakonie Station 3R.
18	Traditionelle Chinesische Medizin
	Qigong: Meditation- und Bewegungsübungen mit Wirkung auf Körper, Geist und Seele.
19	Medizinische Fußpflege
	Wird in Kooperation mit einer weitergebildeten Krankenschwester angeboten, Kontakt über die Mitarbeiter der Station.
20	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
	Einrichtungsübergreifend wurden unter Schirmherrschaft des Referats Ethik mit allen Ethikkomitees der Krankenhäuser der kreuznacher diakonie, "Grundsätze für die Begleitung Sterbender" erarbeitet, die für alle Mitarbeitenden verbindlich sind. Entsprechend dieser...
21	Wundmanagement
	Behandlungs-/Pflegestandards (Wundstandards), Wundfibel, wurden von einer multiprofessionellen AG erarbeitet und werden angewendet; Zertifizierte Wundmanager sind im Haus beschäftigt.
22	Stomatherapie/-beratung
	Beratung nach Absprache auf der Station mit dem Kooperationspartner , Weiterbehandlung des dem Pat. bekannten Beraters ist möglich
23	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen

Stiftung kreuznacher diakonie

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
	Neuerkrankte Patienten oder solche mit ernährungsbedingten Problemen werden von der Diätassistentin auf der Station geschult. Die Betreuung für ambulante Patienten findet im Rahmen der Chefarztsprechstunde der Inneren Medizin statt. Im stationären Bereich unterstützt die ...
24	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
	Wird überwiegend im Bereich der Geburtshilfe angewandt. Zur Unterstützung des Heilungsverlaufes kann auf Wunsch des Patienten im Bereich Chirurgie Homöopathie eingesetzt werden.
25	Diät- und Ernährungsberatung
	Patienten und auf Wunsch auch Angehörige werden nach ärztlicher Anforderung geschult bzw. beraten. Die Diätassisten haben die möglichkeit, zusammen mit den MitarbeitInnen auf Station, auf besondere Bedürfnisse oder Sonderformen bei der Ernährung einzugehen.
26	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
	Einweisung von Angehörigen zur häuslichen Begleitung der Patienten durch die Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger auf den Stationen.
27	Basale Stimulation
	Konzept bei der Behandlung von schwerstkranken Patienten mit dem Ziel, elementare Wahrnehmungserfahrungen zu ermöglichen.
28	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen
	Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungskurse durch Hebammen je nach Bedarf regelmäßig angeboten. Durchführung auf der Station 3R, Nachsorge nach Anfrage, Aromatherapie, Homöopathie im Haus.
29	Manuelle Lymphdrainage
	Spezialhandgriffe zur Aktivierung des Lymphsystems bei Lymphabflussstörungen z.B. bei Brustoperationen.
30	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
31	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
32	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
	Behandlungsmethode zur Verbesserung der Koordination und des Bewegungsablaufes bei neurologischen und neuromuskulären Erkrankungen (bei Stroke Patienten).
33	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
	Wird in allen Abteilungen angeboten -- schwerpunktmäßig jedoch nach gynäkologischen Operationen.
34	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
	Die Entlassung eines Patienten ist mittels eines Prozessablaufs definiert. Berücksichtigt werden der im Vorfeld terminierte Entlassungstag, der individuelle Hilfebedarf, das häusliche Umfeld, weiterversorgende Einrichtungen und und alle relevanten Informationen bezüglich der Weiterversorgung.

Stiftung kreuznacher diakonie

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
	In den Abteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Urologie, Gynäkologie, HNO und Psychiatrie gibt es insgesamt 11 Ein-Bett-Zimmer jeweils mit eigener Dusche und Toilette
2	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
	In der Abteilung Psychiatrie gibt es insgesamt 20 Zwei-Bett-Zimmer jeweils mit eigener Dusche und WC.
3	Rundfunkempfang am Bett
	Kosten pro Tag: 0 €
	Außer in der Abteilung Psychiatrie gibt es einen Rundfunkanschluss an jedem Bett.
4	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
	Für die Patienten stehen regelmäßig Informationsveranstaltung an (nach Diagnosen zugeteilt). Für Mitarbeiter der psychiatrischen Abteilung wöchentliche Fortbildung zu unterschiedlichen Themen
5	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
	Begleitdienst ehrenamtlich für Gottesdienstbesuche in der psychiatrischen Abteilung.
6	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	Kosten pro Tag: 5,95 €
	Jeder Patient hat die Möglichkeit einen Internetstick an der Pforte auszuleihen.
7	Ein-Bett-Zimmer
	In der psychiatrischen Abteilung ein Ein-Bett-Zimmer, an sonsten Zwei-Bett-Zimmer
8	Mutter-Kind-Zimmer
	Je nach Verfügbarkeit können in der Regel Mütter mit ihren Kleinkindern im Zimmer untergebracht werden. Im Bereich der Geburtshilfe können nach Verfügbarkeit Familienzimmer eingerichtet werden.
9	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer
	Kosten pro Tag: 3 €
	Außer in der Abteilung Psychiatrie gibt es in jedem Zimmer einen Fernsehanschluss.
10	Seelsorge

Stiftung kreuznacher diakonie

	LEISTUNGSANGEBOT
	Ihr Wunsch nach einem Besuch (auch Ihres Gemeindepfarrers) wird gerne von Ihrer Station an die ev. Krankenhausseelsorgerin weitergegeben.
11	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen
	Max. Kosten pro Stunde: 0 € *Max. Kosten pro Tag: 0 €*
	Patienten und Besuchern stehen 350 klinikeigene Parkplätze kostenlos zur Verfügung.
12	Rooming-in
	In der Abteilung für Geburtshilfe sind alle Zimmer so konzipiert, dass Rooming-In jederzeit möglich ist.
13	Zwei-Bett-Zimmer
	In den Abteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Urologie, Gynäkologie, HNO und Geburtshilfe gibt es insgesamt 15 Zwei-Bett- Zimmer.
14	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
	In der Abteilung Psychiatrie sind pro Station zwei Aufenthaltsräume und ein Raum für Besucher eingerichtet. Für alle anderen Abteilungen sind wohnlich ausgestattete Wartebereiche vorhanden.
15	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
	Alle Zimmer der Abteilung Psychiatrie sind mit einem Wertfach pro Patient ausgestattet.
16	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
	Begleitpersonen haben die Möglichkeit kostengünstig in einem Angehörigenzimmer der Klinik untergebracht zu werden. Bei der Versorgung von Kindern, wird in der Regel die Unterbringung im Patientenzimmer ermöglicht. Bei sterbenden Patienten haben die Angehörigen rund um die...
17	Telefon am Bett
	Kosten pro Tag: 1,95 € *Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,19 €* *Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €*
	Mit Ausnahme der Abteilung Psychiatrie gibt es einen Telefonanschluss an jedem Patientenbett.

Stiftung kreuznacher diakonie

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
2	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. *In den Räumen der Abteilung Psychiatrie sind sämtliche Nassräume rollstuhlgerecht ausgeführt.*
3	Diätetische Angebote *nach Beratung durch die Diät-/Diabetesberatung*

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

	AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN
1	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten *Zusammenarbeit in Studien im Rahmen des Brustzentrums; Betreuung von Abschlussarbeiten als Projekte mit FH St. Gallen, Schweiz*
2	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) *Akad. Lehrkrankenhaus der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz mit den Wahlfächern Anästhesie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Psychiatrie und HNO.*

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

	AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin *Die Ausbildung ist gekennzeichnet durch moderne, innovative Unterrichts- und Studienmethoden, die zum lebenslangen Lernen befähigen. Der Studienplan ist lern- und berufsfeldorientiert aufgebaut. Die Studieninhalte werden durch kompetente und engagierte haupt- und nebenamtliche Lehrkräfte vermittelt.*

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten:	264

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	10897
Teilstationäre Fallzahl:	148
Ambulante Fallzahl:	29993

Stiftung kreuznacher diakonie

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)	52,65	47,85	4,8	4,8	47,85
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	25,83	25,83	0	0	25,83
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	4				
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	5,3	0,5	4,8	4,8	0,5
- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0	0	0	0	0

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	136,25 1	136,25 1	0 0	1 1	135,25 0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,66 0	6,66 0	0 0	0 0	6,66 0
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,33 0	7,33 0	0 0	0 0	7,33 0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1 0	1 0	0 0	0 0	1 0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	2,95 1,5	2,95 1,5	0 0	1,5 1,5	1,45 0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,44 0	5,44 0	0 0	0 0	5,44 0

Stiftung kreuznacher diakonie

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	0				
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,93 0,57	9,93 0,57	0 0	0 0	9,93 0,57

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0,5	0,5	0	0	0,5

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diätassistent und Diätassistentin	0,78	0,78	0	0	0,78
Ergotherapeut und Ergotherapeutin	4,05	4,05	0	0	4,05
Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch- technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	4,7	4,7	0	0	4,7
Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	0,77	0,77	0	0	0,77
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	2,75	2,75	2,75	0	2,75
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	0,5	0,5	0	0	0,5
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	2,79	2,79	0	0	2,79
Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin	0,73	0,73	0	0	0,73
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	6,45	6,45	0	0	6,45

Stiftung kreuznacher diakonie

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 2316
Fax:	0671 605 2399
E-Mail:	zentrales-qm-kuh@kreuznacherdiakonie.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	eigenständige Position für Risikomanagement

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Dietmar Lauck, Leitung Qualitätsmanagement Geschäftsfeld Krankenhäuser und Hospize
Telefon:	06761 81 1480
Fax:	06761 81 1680
E-Mail:	zentrales-qm-kuh@kreuznacherdiakonie.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

Stiftung kreuznacher diakonie

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA zum CIRS *Letzte Aktualisierung: 16.08.2016*
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
5	Schmerzmanagement
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: schmerz *Letzte Aktualisierung: 21.06.2017*
6	Sturzprophylaxe
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: sturzpr *Letzte Aktualisierung: 21.06.2017*
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Gefahr einer Hautschädigung / haut2 *Letzte Aktualisierung: 21.06.2017*
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Mechanische Fixierung *Letzte Aktualisierung: 26.07.2017*
9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Fehlermeldung an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) *Letzte Aktualisierung: 23.07.2014*
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: medi *Letzte Aktualisierung: 01.07.2016*
12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen *Letzte Aktualisierung: 20.03.2014*
15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde

Stiftung kreuznacher diakonie

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Institutionelle Besprechung EPZ *Letzte Aktualisierung: 09.08.2016*
16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Patientensicherheit bei operativen Eingriffen* *Letzte Aktualisierung: 01.05.2013*
17	Entlassungsmanagement *Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Entlassungsmanagement/ entl* *Letzte Aktualisierung: 01.07.2016*

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

☑	Qualitätszirkel
☑	Tumorkonferenzen
☑	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
☐	Pathologiebesprechungen
☐	Palliativbesprechungen
☐	Andere

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor *Letzte Aktualisierung: 21.06.2016*
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen *Intervall: monatlich*
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem *Intervall: halbjährlich*

Stiftung kreuznacher diakonie

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Fehler- und Beinahefehler werden zeitnah durch das QM bearbeitet.

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
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1[1)]
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	4[2)]
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	15

[1)] *Extern beauftragter, beratender Hygieniker.*
[2)] *Ärzte aus verschiedenen Fachabteilungen.*

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Dr. med. Hans-Peter Mayer, Ärztlicher Direktor, Chefarzt Chirurgie
Telefon:	06761 81 1458
Fax:	06761 81 1406
E-Mail:	mayerpe@kreuznacherdiakonie.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

Auswahl:	Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl:	Ja

Stiftung kreuznacher diakonie

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

Auswahl:	Nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe 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

Stiftung kreuznacher diakonie

	OPTION	AUSWAHL
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl:	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben:	Nein

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

Stiftung kreuznacher diakonie

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) *Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)*
3	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen *Jährliche Schulungen, weitere Schulungen bei Bedarf.*
4	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen *Name: MRE-Netzwerk Rhein-Nahe*

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

☑	CDAD-KISS
☑	HAND-KISS
☐	AMBU-KISS
☑	OP-KISS
☐	ITS-KISS
☑	MRSA-KISS
☐	NEO-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). *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.*	Ja

Stiftung kreuznacher diakonie

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
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.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
	Patientenbefragungen finden etwa alle 4 Jahre statt. In speziellen Bereichen, etwa Organzentren sind fachspezifische, kontinuierliche Patientenbefragungen etabliert.	
10	Einweiserbefragungen	Ja
	Einweiserbefragungen finden etwa alle 5 Jahre statt. In speziellen Bereichen, etwa den Organzentren, sind davon abweichend fachspezifische Befragungen etabliert.	

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Ramona Nabli, Beschwerdemanagement
Telefon:	06761 81 1458
Fax:	06761 81 1406
E-Mail:	nablira@kreuznacherdiakonie.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Margret Glockmann, Patientenfürsprecherin
Telefon:	06761 81 1336
Fax:	06761 81 1210
E-Mail:	hunsrueckklinik@kreuznacherdiakonie.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICH BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	
2	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	

Stiftung kreuznacher diakonie

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICH BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
3	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	
4	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung		Ja
5	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja
6	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
7	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
8	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
9	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja
10	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
11	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
12	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
13	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja
	In Bildwandler im OP integriert		

Stiftung kreuznacher diakonie

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Straße:	Holzbacher Straße
Hausnummer:	1
PLZ:	55469
Ort:	Simmern
URL:	http://www.hno-team-simmern.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Ralf Lippel, Belegarzt
Telefon:	06761 81 1399
Fax:	06761 970972
E-Mail:	lippelra@kreuznacherdiakonie.de

Name/Funktion:	Dr. Medic/IFM Temeschburg Stana Bugarschi, Belegärztin
Telefon:	06761 81 1399
Fax:	06761 97097
E-Mail:	bugarsst@kreuznacherdiakonie.de

Stiftung kreuznacher diakonie

B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Holzbacher Straße 1
PLZ/Ort:	55469 Simmern
URL:	http://www.hno-team-simmern.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:	Keine Vereinbarung geschlossen
Erläuterungen:	Leitende Ärztinnen und Ärzte sind vertraglich in ihrer Verantwortung für die Diagnostik und Therapie des einzelnen Behandlungsfalls unabhängig und keinen Weisungen des Krankenhausträgers unterworfen. Finanzielle Anreize für einzelne Eingriffe oder Leistungen sind nicht vereinbart.

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich *Diagnostische Lymphknotenentfernung.*
2	Spezialsprechstunde *Diagnostik und Therapie bei OSAS (Schlafapnoesyndrom) und UARS (obstruktives Schnarchen) in Kooperation mit Schlaflabor.*
3	Diagnostik und Therapie von Allergien *Prick, Intracutantest, Provokationsrhinomanometrie, SCIT, SLIT*
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes *Mikrolaryngoskopie*
5	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres *Invasive und minimalinvasive Otoplastiken.*
6	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege *Endoskopie.*
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres *Tumorchirurgie des äußeren Ohres.*
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes *Paracentesen, Paukendrainagen, Tympanoplastik Typ 1*
9	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege *Notfallbronchoskopie (starr)*

Stiftung kreuznacher diakonie

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
10	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie *Lokal- und Regionallappen.*
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen *B-Scan NNH, endoskopisch und mikroskopisch kontrollierte Nasennebenhöhlen-Chirurgie.*
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen *Gangschlitzungen bei Sialolithiasis (Bildung von Steinen in den Speicheldrüsen).*
13	Interdisziplinäre Tumornachsorge *Onkologische Nachsorge.*
14	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren *Tumorresektion mit plastischer Defektdeckung.*
15	Schnarchoperationen *UVPP, LAUP, Zungengrund-OP, Uvula-Flap.*
16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres *Bera, Screening Bera, OAE = Otoakustische Emissionen (Hörscreening bei Neugeborenen)*
17	Mittelohrchirurgie *Tympanoplastik Typ 1, Typ 3, Stapesplastik*
18	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle *Endoskopie, Probeentnahmen.*
19	Schwindeldiagnostik/-therapie *Neurootometrie, stationäre Akuttherapie.*
20	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen *Flexibel endoskopische Schluckuntersuchungen.*

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	226
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Stiftung kreuznacher diakonie

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	151
2	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	43
3	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	24
4	B27	Pfeiffersches Drüsenfieber - Infektiöse Mononukleose	< 4
5	Q17	Sonstige angeborene Fehlbildung des Ohres	< 4
6	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	< 4
7	H65	Nichteitrige Mittelohrentzündung	< 4
8	J04	Akute Kehlkopfentzündung bzw. Luftröhrenentzündung	< 4

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-282	Operative Entfernung von Gaumen- und Rachenmandeln	99
2	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	67
3	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	64
4	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	61
5	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	49
6	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	25
7	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie	5
8	5-184	Operative Korrektur abstehender Ohren	4
9	5-289	Sonstige Operation an Gaumen- bzw. Rachenmandeln	4
10	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	< 4
11	5-218	Operative Korrektur der inneren bzw. äußeren Nase	< 4
12	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	< 4

Stiftung kreuznacher diakonie

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
13	1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	< 4
14	5-294	Sonstige wiederherstellende Operation am Rachen	< 4
15	5-210	Operative Behandlung bei Nasenbluten	< 4
16	5-279	Sonstige Operation am Mund	< 4
17	5-181	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	< 4
18	8-500	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandsstoffen (Tamponade)	< 4

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	12
2	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	11
3	5-181	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	8
4	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	7
5	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	6
6	5-202	Operativer Einschnitt in den Warzenfortsatz bzw. das Mittelohr	4
7	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	< 4
8	5-184	Operative Korrektur abstehender Ohren	< 4
9	5-201	Entfernung eines Paukenröhrchens aus der Ohrtrompete	< 4
10	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	< 4
11	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	< 4
12	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	< 4
13	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	< 4
14	5-259	Sonstige Operation an der Zunge	< 4

Stiftung kreuznacher diakonie

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
15	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	< 4

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	0	0			0	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0	0			0	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2					113,0

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

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

Stiftung kreuznacher diakonie

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

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

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

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

Stiftung kreuznacher diakonie

B-[2] Urologie

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Urologie
Straße:	Holzbacher Straße
Hausnummer:	1
PLZ:	55469
Ort:	Simmern
URL:	http://www.urologie-simmern.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2200) Urologie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Andreas Weis, Belegarzt
Telefon:	06761 81 0
Fax:	06761 81 1210
E-Mail:	hunsrueckklinik@kreuznacherdiakonie.de

Name/Funktion:	Dr. med. Katja Kiess, Belegärztin
Telefon:	06761 81 0
Fax:	06761 81 1210
E-Mail:	hunsrueckklinik@kreuznacherdiakonie.de

B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Holzbacher Straße 1
PLZ/Ort:	55469 Simmern
URL:	http://www.urologie-simmern.de

Stiftung kreuznacher diakonie

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:	Keine Vereinbarung geschlossen
Erläuterungen:	Leitende Ärztinnen und Ärzte sind vertraglich in ihrer Verantwortung für die Diagnostik und Therapie des einzelnen Behandlungsfalls unabhängig und keinen Weisungen des Krankenhausträgers unterworfen. Finanzielle Anreize für einzelne Eingriffe oder Leistungen sind nicht vereinbart.

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Kinderurologie
	Operative Therapie von Fehlbildungen, z. B. Antireflux-Operation.Hypospadiekorrektur
2	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
	Operative Therapie von Fehlbildungen, z. B. Harnleitereinpflanzung.
3	Minimalinvasive endoskopische Operationen
	Refertilisierung (Vaso-Vasostomie)
4	Tumorchirurgie
	Gewebeproben der Blase und Prostata in örtlicher Betäubung oder Narkose.Tumorerkrankungen von Niere (Tumornephrektomie, Tumorexzision), Blase (Tumorresektion - TUR-B), Prostata (radikale Prostataentfernung), Hoden, Harnleiter und Penis.
5	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
	Prostataresektion (TUR-P) oder offene ProstataadenomentfernungLaser-Vaporisation
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
	ImpotenzabklärungSpermiogramm bei KinderwunschPenisbegradigung (OP nach Essed-Schröder)Vasoresektion (Sterilisation)Hydrozele (Wasserbruch)Circumcision (Beschneidung)Varicocelensklerosierung
7	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
	Steintherapie mit modernsten Instrumenten: Harnleiterstein (ureteroskopische Entfernung mit Ultraschallzertrümmerung), perkutane Nierensteinentfernung (PNL), ESWL (Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie mit elektrohydraulischer Stoßwelle) und Blasensteinentfernungen (Stein-Punch).
8	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
9	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
	Botox®-Injektion HarnblaseInkontinenzoperation
10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters

Stiftung kreuznacher diakonie

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	405
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHl
1	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	146
2	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	70
3	C61	Prostatakrebs	55
4	C67	Harnblasenkrebs	52
5	N32	Sonstige Krankheit der Harnblase	13
6	N30	Entzündung der Harnblase	11
7	N41	Entzündliche Krankheit der Prostata	7
8	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	6
9	N21	Stein in der Blase bzw. der Harnröhre	5
10	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	4
11	N35	Verengung der Harnröhre	4
12	N31	Funktionsstörung der Harnblase durch krankhafte Veränderungen der Nervenversorgung	< 4
13	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	< 4
14	N36	Sonstige Krankheit der Harnröhre	< 4
15	D41	Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	< 4
16	N45	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung	< 4
17	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	< 4
18	C62	Hodenkrebs	< 4
19	N17	Akutes Nierenversagen	< 4

Stiftung kreuznacher diakonie

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHl
20	G82	Vollständige bzw. unvollständige Lähmung der Beine oder Arme	< 4
21	D29	Gutartiger Tumor der männlichen Geschlechtsorgane	< 4
22	C85	Sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Typ von Lymphknotenkrebs (Non-Hodgkin-Lymphom)	< 4
23	D30	Gutartiger Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	< 4
24	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	< 4
25	I80	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung	< 4
26	C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst - Nicht follikuläres Lymphom	< 4
27	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	< 4
28	T83	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile (z.B. Schlauch zur Harnableitung) oder durch Verpflanzung von Gewebe in den Harn- bzw. Geschlechtsorganen	< 4
29	M45	Entzündung der Wirbelsäule und der Darm-Kreuzbeingelenke mit Schmerzen und Versteifung - Spondylitis ankylosans	< 4
30	C53	Gebärmutterhalskrebs	< 4

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHl
1	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	146
2	1-335	Messung des Harnröhrendrucks	85
3	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	76
4	8-110	Harnsteinzertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen	76
5	8-139	Sonstiger Eingriff an Niere, Harnleiter, Blase bzw. Harnröhre	70
6	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	68
7	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	67

Stiftung kreuznacher diakonie

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
8	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	66
9	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	55
10	1-464	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm	54
11	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	49
12	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	47
13	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	45
14	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	42
15	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	20
16	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	20
17	5-560	Erweiterung des Harnleiters bei einer Operation oder Spiegelung	13
18	5-570	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	10
19	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	10
20	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	7
21	3-70c	Bildgebendes Verfahren über den ganzen Körper zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	5
22	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	5
23	3-705	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Muskel-Skelett-Systems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	< 4
24	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	< 4
25	5-609	Sonstige Operation an der Prostata	< 4
26	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	< 4

Stiftung kreuznacher diakonie

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHl
27	8-133	Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke	< 4
28	5-582	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre	< 4
29	5-561	Operative Erweiterung der Harnleiteröffnung durch Einschnitt, Entfernung von Gewebe bzw. sonstige Techniken	< 4
30	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	< 4

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHl
1	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	102
2	5-636	Operative(r) Zerstörung, Verschluss oder Entfernung des Samenleiters - Sterilisationsoperation beim Mann	19
3	5-611	Operativer Verschluss eines Wasserbruchs (Hydrocele) am Hoden	8
4	5-630	Operative Behandlung einer Krampfader des Hodens bzw. eines Wasserbruchs (Hydrocele) im Bereich des Samenstranges	4
5	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	< 4
6	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	< 4
7	5-641	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Penis	< 4
8	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	< 4
9	5-560	Erweiterung des Harnleiters bei einer Operation oder Spiegelung	< 4
10	5-582	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre	< 4
11	5-631	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden	< 4
12	5-581	Operative Erweiterung des Harnröhrenausganges	< 4

Stiftung kreuznacher diakonie

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
13	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	< 4
14	5-612	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Hodensackes	< 4
15	5-633	Operative Entfernung des Nebenhodens	< 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.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	0	0	0	0	0	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0	0	0	0	0	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2					202,5

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Urologie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

Stiftung kreuznacher diakonie

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,22	10,22	0	0	10,22	39,6

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

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

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

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

Stiftung kreuznacher diakonie

B-[3] Anästhesie und Intensivmedizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Anästhesie und Intensivmedizin
Straße:	Holzbacher Straße
Hausnummer:	1
PLZ:	55469
Ort:	Simmern
URL:	http://hunsrueckklinik@kreuznacherdiakonie.de

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3600) Intensivmedizin

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

Name/Funktion:	Dr. med. Elena Ribel, Chefärztin
Telefon:	06761 81 1425
Fax:	06761 81 1477
E-Mail:	ribelel@kreuznacherdiakonie.de

B-[3].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Holzbacher Straße 1
PLZ/Ort:	55469 Simmern
URL:	http://hunsrueckklinik.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:	Keine Vereinbarung geschlossen

Stiftung kreuznacher diakonie

Erläuterungen:	Leitende Ärztinnen und Ärzte sind vertraglich in ihrer Verantwortung für die Diagnostik und Therapie des einzelnen Behandlungsfalls unabhängig und keinen Weisungen des Krankenhausträgers unterworfen. Finanzielle Anreize für einzelne Eingriffe oder Leistungen sind nicht vereinbart.

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	ARDS-Therapie
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	Intensivtherapie bei HELP-Syndrom.
3	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
4	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
5	Operationen wegen Thoraxtrauma
	Thoraxdrainagen
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	picco
7	Defibrillatoreingriffe
	Defibrillation
8	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	Primäre Diagnose und Überwachung.
9	Schrittmachereingriffe
	Passagere Schrittmacher
10	Eingriffe am Perikard
	Perikardpunktion
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
13	Notfallmedizin
14	Native Sonographie
15	Schmerztherapie
16	Eindimensionale Dopplersonographie
17	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	Hämofiltration (CVVH)

Stiftung kreuznacher diakonie

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
18	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
19	Diagnostik und Therapie von Allergien
20	Intensivmedizin
21	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
22	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
23	Schmerztherapie
24	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten *MMS*
25	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
26	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
27	Palliativmedizin
28	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
29	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
30	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
31	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin *Neugeborenen Erstversorgung.*
32	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
34	Transfusionsmedizin
35	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren *PAVK*
36	Chirurgische Intensivmedizin
37	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
38	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
39	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	160
Teilstationäre Fallzahl:	0

Stiftung kreuznacher diakonie

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHl
1	I21	Akuter Herzinfarkt	23
2	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	16
3	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	11
4	T43	Vergiftung durch bewusstseinsverändernde Substanzen	7
5	T75	Schaden durch sonstige äußere Ursachen	7
6	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	5
7	I46	Herzstillstand	4
8	I50	Herzschwäche	4
9	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	4
10	T42	Vergiftung durch Medikamente gegen Krampfanfälle, durch Schlaf- und Beruhigungsmittel bzw. durch Mittel gegen die Parkinson-Krankheit	< 4
11	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	< 4
12	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	< 4
13	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	< 4
14	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
15	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	< 4
16	J69	Lungenentzündung durch Einatmen fester oder flüssiger Substanzen, z.B. Nahrung oder Blut	< 4
17	G41	Anhaltende Serie von aufeinander folgenden Krampfanfällen	< 4
18	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	< 4
19	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	< 4
20	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	< 4
21	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	< 4
22	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	< 4
23	S06	Verletzung des Schädelinneren	< 4

Stiftung kreuznacher diakonie

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
24	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	< 4
25	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	< 4
26	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	< 4
27	T65	Giftige Wirkung sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Substanzen	< 4
28	C95	Sonstiger Blutkrebs, ausgehend von einem vom Arzt nicht näher bezeichneten Zelltyp	< 4
29	I83	Krampfadern der Beine	< 4
30	O15	Akute, schwere Krämpfe während der Schwangerschaft, Geburt bzw. im Wochenbett	< 4

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	416
2	8-149	Sonstige Behandlung durch Einbringen eines Röhrchens oder eines Schlauches (Kanüle oder Katheter)	160
3	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	91
4	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	77
5	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	61
6	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	61
7	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	52
8	3-035	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Blutgefäßsystems mit Auswertungen	36
9	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	31
10	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	31
11	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	31

Stiftung kreuznacher diakonie

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
12	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	25
13	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	24
14	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	24
15	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	24
16	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	21
17	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	20
18	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	19
19	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	17
20	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	17
21	9-984	Pflegebedürftigkeit	13
22	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	13
23	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	12
24	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	12
25	8-390	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett	11
26	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	10
27	8-128	Anwendung eines Systems zur Ableitung von Stuhl	10
28	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	10
29	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	9
30	5-311	Anlegen eines vorübergehenden, künstlichen Luftröhrenausganges	9

Stiftung kreuznacher diakonie

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Uneingeschränktes Behandlungsangebot für privat versicherte Patienten.

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

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

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)	8,52	8,52	0	0	8,52	19,7
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,9	3,9	0	0	3,9	177,8
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie

Stiftung kreuznacher diakonie

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Spezielle Schmerztherapie

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	24,7	24,7	0	0	24,7	6,5
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,65	0,65	0	0	0,65	246,2
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1	1	0	0	1	160,0

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Palliative Care
3	Schmerzmanagement

Stiftung kreuznacher diakonie

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

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

Stiftung kreuznacher diakonie

B-[4] Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie
Straße:	Holzbacher Straße
Hausnummer:	1
PLZ:	55469
Ort:	Simmern
URL:	http://www.hunsrueckklinik.de

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2900) Allgemeine Psychiatrie
2	(2960) Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)

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

Name/Funktion:	Dr. med. Winfried Oberhausen, Chefarzt
Telefon:	06761 81 1341
Fax:	06761 81 1239
E-Mail:	oberhawi@kreuznacherdiakonie.de

B-[4].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Holzbacher Straße 1
PLZ/Ort:	55469 Simmern
URL:	http://www.hunsrueckklinik.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:	Keine Vereinbarung geschlossen

Stiftung kreuznacher diakonie

Erläuterungen:	Leitende Ärztinnen und Ärzte sind vertraglich in ihrer Verantwortung für die Diagnostik und Therapie des einzelnen Behandlungsfalls unabhängig und keinen Weisungen des Krankenhausträgers unterworfen. Finanzielle Anreize für einzelne Eingriffe oder Leistungen sind nicht vereinbart.

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Psychiatrische Tagesklinik
	Die Tagesklinik bietet mit der DBT ein Angebot für die Behandlung von schwer persönlichkeitsgestörten und traumatisierten Patienten.
2	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
3	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
4	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
	Testpsychologische Untersuchungen.
5	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	Testpsychologische Untersuchungen.
6	Spezialsprechstunde
7	Psychosomatische Komplexbehandlung
8	Versorgungsverpflichtung
	Für die Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie besteht eine Versorgungsverpflichtung für den Rhein-Hunsrück-Kreis. Es werden alle Erkrankungen des psychiatrischen Formenkreises behandelt. Ausgenommen sind Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Forensik.
9	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
	Entgiftung und Motivaton Vermittlung.
10	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
11	Psychoonkologie
	In Kooperation mit der gynäkologischen Abteilung.
12	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
	Stationäre Versorgung mit Schwerpunkt von Diagnostik und Therapie von neurotischen, depressiven und somatoformen Störungen.
13	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
	Für chronisch depressive Patienten stehen neben der EKT auch Magnetstimulation, Lichttherapie und kognitive Therapie als Behandlungsalternativen zur Verfügung.
14	Psychosomatische Tagesklinik

Stiftung kreuznacher diakonie

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	979
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHl
1	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	140
2	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	133
3	F20	Schizophrenie	129
4	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	119
5	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	58
6	F06	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	58
7	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverslust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung	51
8	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	38
9	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit	36
10	F41	Sonstige Angststörung	32
11	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	32
12	G30	Alzheimer-Krankheit	18
13	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	14
14	F62	Andauernde Persönlichkeitsveränderung, nicht als Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns	13
15	F07	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	12

Stiftung kreuznacher diakonie

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHl
16	F05	Verwirrtheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	11
17	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	9
18	F13	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel	9
19	F01	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz) durch Blutung oder Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn	9
20	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	7
21	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	7
22	F61	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens	7
23	F03	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet	6
24	F42	Zwangsstörung	4
25	F71	Mittelgradige Intelligenzminderung	< 4
26	F30	Phase übermäßig guter Stimmung und Enthemmung - Manische Episode	< 4
27	G31	Sonstiger krankhafter Abbauprozess des Nervensystems	< 4
28	F15	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein	< 4
29	F22	Psychische Störung, bei der dauerhafte falsche Überzeugungen bzw. Wahnvorstellungen auftreten	< 4
30	F91	Störung des Sozialverhaltens durch aggressives bzw. aufsässiges Benehmen	< 4

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	6929
2	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie	626
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	588

Stiftung kreuznacher diakonie

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
4	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	515
5	9-640	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	485
6	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	304
7	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Psychiatrie für ältere Menschen	218
8	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke	216
9	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	112
10	1-20c	Untersuchung der Hirnregionen mittels eines Magnetimpulses durch den Schädel zur Festlegung der Sprachregionen vor einer Operation	82
11	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	73
12	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	39
13	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	39
14	9-646	Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei Erwachsenen	33
15	8-630	Medizinische Behandlung mit Auslösung eines Krampfanfalles zur Behandlung bestimmter psychischer Störungen - Elektrokrampftherapie	31
16	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	24
17	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	21
18	9-984	Pflegebedürftigkeit	20
19	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 und mehr Merkmalen	10
20	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	7

Stiftung kreuznacher diakonie

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
21	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	7
22	9-645	Umfassende Planung der Entlasung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	7
23	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	5
24	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	4
25	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	4
26	9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	< 4
27	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	< 4
28	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	< 4
29	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	< 4
30	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	< 4

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ NACH § 118 SGB V
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
	Aufsuchender Dienst, Gruppenangebote

2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	Alle Diagnosen

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

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

Stiftung kreuznacher diakonie

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

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	6,54	6,54	0	0	6,54	217,6
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,04	5,04	0	0	5,04	479,9
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Neurologie
2	Psychiatrie und Psychotherapie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Psychotherapie - fachgebunden -

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

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

Stiftung kreuznacher diakonie

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	32,93	32,93	0	0	32,93	29,7
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,75	0,75	0	0	0,75	1305,3
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,33	7,33	0	0	7,33	133,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,38	1,38	0	0	1,38	709,4

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

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

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	0,5	0,5	0	0	0,5	1958,0

Stiftung kreuznacher diakonie

B-[5] Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
Straße:	Holzbacher Straße
Hausnummer:	1
PLZ:	55469
Ort:	Simmern
URL:	http://www.hunsrueckklinik.de

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2960) Allg. Psychiatrie/Tagesklinik (teilstat. Pflegesätze)

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

Name/Funktion:	Dr. med. Winfried Oberhausen, Chefarzt
Telefon:	06761 81 1340
Fax:	06761 81 1239
E-Mail:	oberhawi@kreuznacherdiakonie.de

B-[5].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Holzbacher Straße 1
PLZ/Ort:	55469 Simmern
URL:	http://www.hunsrueckklinik.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:	Keine Vereinbarung geschlossen

Stiftung kreuznacher diakonie

Erläuterungen:	Leitende Ärztinnen und Ärzte sind vertraglich in ihrer Verantwortung für die Diagnostik und Therapie des einzelnen Behandlungsfalls unabhängig und keinen Weisungen des Krankenhausträgers unterworfen. Finanzielle Anreize für einzelne Eingriffe oder Leistungen sind nicht vereinbart.

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Psychosomatische Tagesklinik
2	Psychiatrische Tagesklinik

Die Tagesklinik bietet mit der DBT ein Angebot für die Behandlung von schwer persönlichkeitsgestörten und traumatisierten Patienten.

B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	148

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	2650
2	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie	132
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	120

Stiftung kreuznacher diakonie

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
4	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke	< 4
5	9-646	Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei Erwachsenen	< 4
6	9-645	Umfassende Planung der Entlasung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ NACH § 118 SGB V
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz

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

B-[5].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4

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

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

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

Stiftung kreuznacher diakonie

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	0	0	0	0	0	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	0	0	0	0	0	0,0
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,73	3,73	0	0	3,73	0,0

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

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

B-[5].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

Stiftung kreuznacher diakonie

B-[6] Innere Medizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Innere Medizin
Straße:	Holzbacher Straße
Hausnummer:	1
PLZ:	55469
Ort:	Simmern
URL:	http://www.hunsrueckklinik.de

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0100) Innere Medizin

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

Name/Funktion:	Dr. med. Andreas Efferenn, Chefarzt
Telefon:	06761 81 1443
Fax:	06761 81 1439
E-Mail:	efferan@kreuznacherdiakonie.de

B-[6].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Holzbacher Straße 1
PLZ/Ort:	55469 Simmern
URL:	http://www.hunsrueckklinik.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:	Keine Vereinbarung geschlossen

Stiftung kreuznacher diakonie

Erläuterungen:	Leitende Ärztinnen und Ärzte sind vertraglich in ihrer Verantwortung für die Diagnostik und Therapie des einzelnen Behandlungsfalls unabhängig und keinen Weisungen des Krankenhausträgers unterworfen. Finanzielle Anreize für einzelne Eingriffe oder Leistungen sind nicht vereinbart.

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen *Ambulante und stationäre Diagnostik möglich. Kooperation mit dem Dialysezentrum Dres. Wilburg/Illing in Simmern für Akutdialysen.*
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura *Ambulante und stationäre Diagnostik möglich.*
3	Endoskopie *Ambulante und stationäre Diagnostik möglich.*
4	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) *Ambulante und stationäre Diagnostik möglich.*
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge *Ambulante und stationäre Diagnostik möglich.*
6	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas *Ambulante und stationäre Diagnostik möglich.*
7	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
8	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten *Ambulante Herzkatheteruntersuchung*
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) *Ambulante und stationäre Diagnostik möglich.*
10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
11	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten *Ambulante und stationäre Diagnostik möglich.*
12	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
13	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs *Ambulante und stationäre Diagnostik möglich.*
14	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
16	Palliativmedizin

Stiftung kreuznacher diakonie

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
17	Intensivmedizin
18	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
19	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	Ambulante und stationäre Tumortherapie wird durchgeführt.
20	Schlafmedizin
21	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	Ambulante und stationäre Diagnostik möglich.
22	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis

B-[6].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	5391
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[6].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHl
1	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	299
2	G47	Schlafstörung	288
3	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	223
4	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	205
5	I50	Herzschwäche	196
6	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	185
7	I21	Akuter Herzinfarkt	181
8	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	158
9	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	153
10	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	140
11	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	106

Stiftung kreuznacher diakonie

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHl
12	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	89
13	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	88
14	E86	Flüssigkeitsmangel	86
15	J22	Akute Entzündung der unteren Atemwege, vom Arzt nicht näher bezeichnet	86
16	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	83
17	R42	Schwindel bzw. Taumel	71
18	K80	Gallensteinleiden	68
19	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	68
20	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	59
21	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	58
22	R00	Störung des Herzschlages	52
23	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	52
24	R06	Atemstörung	50
25	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	49
26	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	42
27	J20	Akute Bronchitis	42
28	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	40
29	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	40
30	I95	Niedriger Blutdruck	40

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[6].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	706
2	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	609
3	1-790	Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes	364

Stiftung kreuznacher diakonie

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
4	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	353
5	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	316
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	312
7	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	302
8	3-035	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Blutgefäßsystems mit Auswertungen	274
9	8-717	Einrichtung und Anpassung des Beatmungsgeräts zur Behandlung von Atemstörungen während des Schlafes	260
10	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	207
11	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	202
12	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	180
13	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	172
14	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	147
15	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	140
16	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	139
17	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	136
18	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	112
19	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	106
20	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	94
21	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	92
22	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	89
23	5-469	Sonstige Operation am Darm	86
24	1-430	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen bei einer Spiegelung	70
25	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	60

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
26	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	54
27	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	53
28	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	48
29	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	45
30	5-449	Sonstige Operation am Magen	45

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	Kardiologische Untersuchungen inkl. Herzkatheter. Endoskopische Leistungen inkl. ERCP. Pneumologische Untersuchungen inkl. Bronchoskopie. Ambulante Onkologie, Sprechstundentätigkeit.

3	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	Gesamtes Leistungsspektrum der Abteilung.

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

B-[6].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	89
2	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	41
3	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	38
4	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	7
5	5-469	Sonstige Operation am Darm	6
6	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	5
7	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	4

Stiftung kreuznacher diakonie

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
8	1-651	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung	< 4

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

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

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	15,76	15,76	0	0	15,76	346,7
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,56	5,56	0	0	5,56	25671,4
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin und SP Pneumologie
2	Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie
3	Innere Medizin und SP Kardiologie
4	Innere Medizin
5	Innere Medizin und SP Gastroenterologie

Stiftung kreuznacher diakonie

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Notfallmedizin

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	37,6	37,6	0	0	37,6	143,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,48	0,48	0	0	0,48	11231,3
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,55	0,55	0	0	0,55	9801,8
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,51	2,51	0	0	2,51	2147,8

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement

Stiftung kreuznacher diakonie

B-[6].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

Stiftung kreuznacher diakonie

B-[7] Allgemeine Chirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemeine Chirurgie
Straße:	Holzbacher Straße
Hausnummer:	1
PLZ:	55469
Ort:	Simmern
URL:	http://hunsrueckklinik@kreuznacherdiakonie.de

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Hans-Peter Mayer, Chefarzt
Telefon:	06761 81 1458
Fax:	06761 81 1406
E-Mail:	mayerpe@kreuznacherdiakonie.de

B-[7].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Holzbacher Straße 1
PLZ/Ort:	55469 Simmern
URL:	http://www.hunsrueckklinik.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:	Keine Vereinbarung geschlossen

Stiftung kreuznacher diakonie

Erläuterungen:	Leitende Ärztinnen und Ärzte sind vertraglich in ihrer Verantwortung für die Diagnostik und Therapie des einzelnen Behandlungsfalls unabhängig und keinen Weisungen des Krankenhausträgers unterworfen. Finanzielle Anreize für einzelne Eingriffe oder Leistungen sind nicht vereinbart.

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Portimplantation
2	Dialyseshuntchirurgie
3	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	Defibrillatoreingriffe
5	Schrittmachereingriffe *Ein- und Zweikammerschrittmacher*
6	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen *Bypassoperationen*
7	Schulterchirurgie *Diagnostische Arthroskopie, Rotatorenmanschettenrekonstruktion, Acromioplastik*
8	Chirurgische Intensivmedizin *Interdisziplinär mit Abteilung Anästhesie.*
9	Handchirurgie *Verletzungen, Carpaltunnelchirurgie, schnellender Finger.*
10	Amputationschirurgie
11	Fußchirurgie *Vorfußkorrekturen*
12	Minimalinvasive endoskopische Operationen
13	Spezialsprechstunde *Sprechstunde des Chefarztes.*
14	Diagnostik und Therapie von Arthropathien *Behandlung von Chondropathien.*
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen *Schulterweichteilchirurgie (Rotatorenmanschette)*
16	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes *Osteosynthesen bei Frakturen.*
17	Chirurgie der peripheren Nerven *Carpaltunnelsyndrom, Sulcus nervi ulnaris-Syndrom*

Stiftung kreuznacher diakonie

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
18	Minimalinvasive laparoskopische Operationen *Insbesondere Operationen der Gallenblase und des Blinddarms.*
19	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses *Versorgung von Weichteilverletzungen.*
20	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax *Pneumothorax, Erstversorgung für alle anderen Verletzungen.*
21	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens *Erstversorgung von allen Verletzungen bei Notfällen. Ansonsten Diagnostik und nicht operative Behandlungen.*
22	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes *Osteosynthesen bei Frakturen. Versorgung von Rotatorenmanschettenverletzungen.*
23	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes *Osteosynthesen bei Frakturen.*
24	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand *Osteosynthesen bei Frakturen.*
25	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels *Osteosynthesen und prothetische Versorgung bei Frakturen.*
26	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels *Osteosynthesen bei Frakturen und Versorgung von Bandverletzungen.*
27	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
28	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes *Erstversorgung bei Notfällen.*
29	Septische Knochenchirurgie
30	Endokrine Chirurgie *Chirurgie der Schilddrüse*
31	Magen-Darm-Chirurgie *Große Magenchirurgie (Carcinomchirurgie und Ulcuschirurgie), Dünndarmchirurgie, Dickdarm- und Enddarmchirurgie.*
32	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie *Gallenblasen- und Gallenwegschiurgie (besonders endoskopische Entfernung der Gallenblase).*
33	Tumorchirurgie *Magen, Dick- und Enddarm, Schilddrüse*
34	Metall-/Fremdkörperentfernungen
35	Bandrekonstruktionen/Plastiken
36	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik *Hüftprothetik, Knieprothetik, Wechseloperationen*

Stiftung kreuznacher diakonie

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
37	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
38	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen

B-[7].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	1966
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[7].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHl
1	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	140
2	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	93
3	K80	Gallensteinleiden	90
4	S06	Verletzung des Schädelinneren	87
5	S52	Knochenbruch des Unterarmes	86
6	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	71
7	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	66
8	K40	Leistenbruch (Hernie)	60
9	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	58
10	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	55
11	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	46
12	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	45
13	M54	Rückenschmerzen	39
14	K35	Akute Blinddarmentzündung	34
15	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	34
16	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	32
17	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	28

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHl
18	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	28
19	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	28
20	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte bzw. des Oberschenkels	27
21	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	26
22	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	23
23	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	23
24	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	21
25	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	21
26	S30	Oberflächliche Verletzung des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens	20
27	K42	Nabelbruch (Hernie)	20
28	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	19
29	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	18
30	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	17

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[7].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	176
2	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	125
3	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	117
4	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	114
5	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	102
6	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	101

Stiftung kreuznacher diakonie

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
7	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	96
8	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	94
9	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	94
10	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	91
11	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	85
12	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	84
13	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	80
14	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	72
15	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	69
16	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	64
17	5-822	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	62
18	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	62
19	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	62
20	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	61
21	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	61
22	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	61
23	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	59
24	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	53
25	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	50
26	8-149	Sonstige Behandlung durch Einbringen eines Röhrchens oder eines Schlauches (Kanüle oder Katheter)	41
27	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	39
28	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	39

Stiftung kreuznacher diakonie

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
29	5-501	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Leber	35
30	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	34

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VC00 - Chirurgische Notfallversorgung.

2	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

3	CHIRURGIE / UNFALLCHIRURGIE / ORTHOPÄDIE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC00 - Behandlung von allgemein- und speziell unfallchirurgisch-/orthopädischen Krankheitsbildern.
	Sprechstunde des Chefarztes Chirurgie.

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

B-[7].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	52
2	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	44
3	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	19
4	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	17
5	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	7
6	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	7
7	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	6
8	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	5

Stiftung kreuznacher diakonie

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
9	5-535	Operativer Verschluss eines Magenbruchs (Hernie)	4
10	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
11	8-201	Nichtoperatives Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung ohne operative Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
12	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	< 4
13	8-200	Nichtoperatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs ohne operative Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
14	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	< 4
15	5-898	Operation am Nagel	< 4
16	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	< 4
17	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	< 4
18	5-843	Operation an den Muskeln der Hand	< 4
19	5-841	Operation an den Bändern der Hand	< 4
20	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	< 4
21	5-849	Sonstige Operation an der Hand	< 4
22	5-349	Sonstige Operation am Brustkorb	< 4

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

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

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	9,4	9,4	0	0	9,4	252,1

Stiftung kreuznacher diakonie

- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,16	6,16	0	0	6,16	936,2
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinchirurgie

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Notfallmedizin

B-[7].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	22,66	22,66	0	0	22,66	86,8
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,5	0,5	0	0	0,5	3932,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,25	0,25	0	0	0,25	7864,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,08	3,08	0	0	3,08	638,3

Stiftung kreuznacher diakonie

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Palliative Care
2	Wundmanagement

B-[7].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

Stiftung kreuznacher diakonie

B-[8] Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Straße:	Holzbacher Straße
Hausnummer:	1
PLZ:	55469
Ort:	Simmern
URL:	http://www.hunsrueckklinik.de

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Name/Funktion:	bis 30.06.2017 PD Dr. med. habil. Hans Walter Eibach, Chefarzt
Telefon:	06761 81 1321
Fax:	06761 81 1252
E-Mail:	hunsrueckklinik@kreuznacherdiakonie.de

Name/Funktion:	ab 01.07.2017 Dr. med. Kay Goerke, Chefarzt
Telefon:	06761 81 1321
Fax:	06761 81 1252
E-Mail:	goerkeka@kreuznacherdiakonie.de

B-[8].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Holzbacher Straße 1
PLZ/Ort:	55469 Simmern
URL:	http://www.hunsrueckklinik.de

Stiftung kreuznacher diakonie

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:	Keine Vereinbarung geschlossen
Erläuterungen:	Leitende Ärztinnen und Ärzte sind vertraglich in ihrer Verantwortung für die Diagnostik und Therapie des einzelnen Behandlungsfalls unabhängig und keinen Weisungen des Krankenhausträgers unterworfen. Finanzielle Anreize für einzelne Eingriffe oder Leistungen sind nicht vereinbart.

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Geburtshilfliche Operationen *Alle geburtshilflichen Operationen werden durchgeführt einschließlich des sanften Kaiserschnittes.*
2	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes *Uneingeschränkt. Der Fachschwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin ist vorhanden*
3	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie *In Kooperation mit der Plastischen Chirurgie im Diakonie Krankenhaus kreuznacher diakonie in Bad Kreuznach.*
4	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse *Alle operativen Verfahren.*
5	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren *Der Fachschwerpunkt gynäkologische Onkologie. Die Diagnostik und Therapie (Operation und Chemotherapie) wird im Haus durchgeführt. Die Strahlentherapie wird durch einen externen Kooperationspartner durchgeführt.*
6	Betreuung von Risikoschwangerschaften *Der Fachschwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin ist vorhanden*
7	Endoskopische Operationen *Laparoskopische Chirurgie ist in der Gynäkologie etabliert.*
8	Inkontinenzchirurgie *Alle gängigen operativen Verfahren.*
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes *Der Versorgungslevel Perinataler Schwerpunkt wird erfüllt*
10	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane *uneingeschränkt*
11	Pränataldiagnostik und -therapie

Stiftung kreuznacher diakonie

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
	Ersttrimesterscreening, Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese), Feindiagnostik, Dopplersonografie. Der Fachschwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin ist vorhanden.
12	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse *Der Bereich ist als Brustzentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert. Mammographie und Sonographie der Brustdrüse werden im Haus angeboten. Alle operativen Verfahren finden Anwendung. Chemotherapie wird ebenfalls im Haus durchgeführt*
13	Urogynäkologie *Spezialsprechstunde, urodynamische Messungen, operative und medikamentöse Therapie.*
14	Spezialsprechstunde *Brustsprechstunde, Urodynamik, Pränataldiagnostik*
15	Reproduktionsmedizin *Der Fachschwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin ist vorhanden.*
16	Ambulante Entbindung *Wird praktiziert*
17	Gynäkologische Endokrinologie *Der Fachschwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin ist vorhanden.*
18	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse *Alle medikamentösen und operativen Verfahren.*
19	Gynäkologische Chirurgie *Alle gynäkologischen Eingriffe einschließlich der Onkochirurgie. Der Fachschwerpunkt gynäkologische Onkologie ist ebenso vorhanden wie die fakultative Weiterbildung "Spezielle operative Gynäkologie"*

B-[8].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	1770
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHl
1	Z38	Neugeborene	378
2	C50	Brustkrebs	75
3	O80	Normale Geburt eines Kindes	67

Stiftung kreuznacher diakonie

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
4	O70	Dammriss während der Geburt	53
5	N92	Zu starke, zu häufige bzw. unregelmäßige Regelblutung	51
6	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	50
7	O42	Vorzeitiger Blasensprung	46
8	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	45
9	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind	44
10	O48	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht	43
11	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	39
12	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	34
13	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	33
14	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	32
15	O71	Sonstige Verletzung während der Geburt	31
16	O63	Sehr lange dauernde Geburt	27
17	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter falscher Lage des ungeborenen Kindes	27
18	O99	Sonstige Krankheit der Mutter, die an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet werden kann, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verkompliziert	25
19	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	23
20	O41	Sonstige Veränderung des Fruchtwassers bzw. der Eihäute	21
21	O28	Ungewöhnliches Ergebnis bei der Untersuchung der Mutter auf Krankheiten des ungeborenen Kindes	20
22	N95	Störung im Zusammenhang mit den Wechseljahren	18
23	O02	Gestörte Schwangerschaft, bei der sich kein Embryo entwickelt oder der Embryo vorzeitig abstirbt	18
24	P22	Atemnot beim Neugeborenen	18
25	P37	Sonstige angeborene Krankheit durch Bakterien, Viren, Pilze oder Parasiten	16
26	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	16
27	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	15
28	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	15
29	N84	Gutartige Schleimhautwucherung (Polyp) im Bereich der weiblichen Geschlechtsorgane	14

Stiftung kreuznacher diakonie

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
30	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	13

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	445
2	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	227
3	3-035	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Blutgefäßsystems mit Auswertungen	205
4	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	205
5	3-05d	Ultraschall der weiblichen Geschlechtsorgane mit Zugang über die Scheide	192
6	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	145
7	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	97
8	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	95
9	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	87
10	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung	86
11	3-100	Röntgendarstellung der Brustdrüse	80
12	5-738	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht	76
13	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe	75
14	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	66
15	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	64
16	3-760	Sondenmessung im Rahmen der Entfernung eines bestimmten Lymphknotens bei Tumorkrankheiten, z.B. bei Brustdrüsenkrebs	38
17	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt	37
18	8-515	Entbindung unter Zuhilfenahme bestimmter Handgriffe	34

Stiftung kreuznacher diakonie

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
19	3-70c	Bildgebendes Verfahren über den ganzen Körper zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	34
20	5-740	Klassischer Kaiserschnitt	33
21	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	33
22	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	28
23	5-661	Operative Entfernung eines Eileiters	26
24	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	26
25	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	26
26	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	25
27	5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	25
28	5-469	Sonstige Operation am Darm	24
29	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	22
30	5-983	Erneute Operation	20

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	GYNÄKOLOGISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	Kurative Leistungen auf Zuweisung von Gynäkologen.

2	GYNÄKOLOGISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VG19 - Ambulante Entbindung
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	VG15 - Spezialsprechstunde
	VG16 - Urogynäkologie
	Gynäkologisch/geburtshilfliche Ambulanz, Kreißsaalsprechstunde, Pränataldiagnostik, Urodynamik, ambulante Chemotherapie, ambulante Chirurgie, poststationäre Behandlung.

Stiftung kreuznacher diakonie

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

B-[8].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHl
1	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung	26
2	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	7
3	5-691	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter	< 4
4	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	< 4
5	1-472	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt	< 4
6	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt	< 4
7	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	< 4
8	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	< 4

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

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

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	7,13	7,13	0	0	7,13	356,9
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,17	5,17	0	0	5,17	815,7
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0					0,0

Stiftung kreuznacher diakonie

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[8].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	39

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,41	3,41	0	0	3,41	519,1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,43	5,43	0	0	5,43	326,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,5	0,5	0	0	0,5	3540,0
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,44	5,44	0	0	5,44	325,4
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,39	1,39	0	0	1,39	1273,4

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Palliative Care

B-[8].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

Stiftung kreuznacher diakonie

C Qualitätssicherung

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

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	36	100
2	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	19	94,7
3	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	7	100
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	*Datenschutz*	*Datenschutz*
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	*Datenschutz*	*Datenschutz*
6	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	112	99,1
7	Geburtshilfe (16/1)	442	99,8
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	46	100
9	Mammachirurgie (18/1)	94	100

Stiftung kreuznacher diakonie

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
10	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	87	100
11	Hüftendoprothesenve (HEP)	132	98,5
12	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	121	100,8
13	Hüftendoprothesenve Hüft-Endoprothesenwechs und -komponentenwechsel (HEP_WE)	12	83,3
14	Knieendoprothesenve (KEP)	65	100
15	Knieendoprothesenve Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	61	100
16	Knieendoprothesenve Knieendoprothesenwe und -komponentenwechse (KEP_WE)	5	100
17	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	249	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

Stiftung kreuznacher diakonie

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

1	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem	
	Kennzahl-ID	**54140**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	90,36 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	96,9
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	96,77 % - 97,03 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	36
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	36
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Stiftung kreuznacher diakonie

2	**Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte**	
	Kennzahl-ID	**54143**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 9,64 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,84
	Referenzbereich	= 10,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,77 % - 0,91 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	36
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

3	**Dauer der Operation**	
	Kennzahl-ID	**52128**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	83,33 %
	Vertrauensbereich	68,11 % - 92,13 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	86,95
	Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	86,71 % - 87,18 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	30
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	36
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

4	**Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden**	
	Kennzahl-ID	**52305**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	97,08 %
Vertrauensbereich	92,73 % - 98,86 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,5
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,42 % - 95,57 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	133
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	137
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

5	**Komplikationen während oder aufgrund der Operation**	
	Kennzahl-ID	**1103**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 9,64 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,8
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,74 % - 0,87 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	36
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert
6	**Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde**	
	Kennzahl-ID	**52311**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 9,64 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,32
	Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,24 % - 1,4 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	36
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

7	**Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**51191**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 12,7 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,07
	Referenzbereich	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,01 % - 1,13 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,27
	Grundgesamtheit	36
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert
8	**Dauer der Operation bis 45 Minuten**	
	Kennzahl-ID	**210**
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	82,41 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	94,62
	Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	94,28 % - 94,93 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0
	Grundgesamtheit	18
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

9	**Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden**	
	Kennzahl-ID	**52307**
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	94,08 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	97,03
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	96,91 % - 97,15 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0
	Grundgesamtheit	61
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert
10	**Komplikationen während oder aufgrund der Operation**	
	Kennzahl-ID	**1096**
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 17,59 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,12
Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,08 % - 0,19 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	18
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

11	**Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts**	
	Kennzahl-ID	**51398**
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Stiftung kreuznacher diakonie

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,19
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,14 % - 0,27 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	18
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

12 Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Kennzahl-ID	**1089**
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 35,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,72
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,58 % - 0,89 %

Stiftung kreuznacher diakonie

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

13 Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden

Kennzahl-ID	**52315**
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,98
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,78 % - 1,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Stiftung kreuznacher diakonie

14	**Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**51404**
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 93,05 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,31
	Referenzbereich	= 9,00 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,14 % - 1,52 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,03
	Grundgesamtheit	7
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Stiftung kreuznacher diakonie

15	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers	
	Kennzahl-ID	**50004**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	94,42
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	94,15 % - 94,68 %
	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

16	Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers	
	Kennzahl-ID	**50005**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

	Fachlicher Hinweis IQTIG	In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	95,68
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,44 % - 95,91 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

17	**Dauer der Operation**	
	Kennzahl-ID	**52129**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Stiftung kreuznacher diakonie

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	88,49
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	88,11 % - 88,86 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

18	**Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden**
Kennzahl-ID	**52316**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Stiftung kreuznacher diakonie

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,64
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,51 % - 95,77 %
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

19	**Komplikationen während oder aufgrund der Operation**	
	Kennzahl-ID	**50017**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,63
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,55 % - 0,73 %

Stiftung kreuznacher diakonie

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

20	**Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde**
Kennzahl-ID	**52325**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,71
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,62 % - 0,82 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Stiftung kreuznacher diakonie

21	**Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**51186**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,05
	Referenzbereich	= 5,80 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,91 % - 1,22 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Stiftung kreuznacher diakonie

22	**Dauer der Operation bis 60 Minuten**	
	Kennzahl-ID	**50025**
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	93,62
	Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	93,15 % - 94,06 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

23	**Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden**	
	Kennzahl-ID	**52321**
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	98,24
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	98,13 % - 98,34 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Stiftung kreuznacher diakonie

24	**Komplikationen während oder aufgrund der Operation**	
	Kennzahl-ID	**50030**
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,18
	Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,12 % - 0,28 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

25	**Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts**	
	Kennzahl-ID	**50031**
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,21
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,14 % - 0,31 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

26	**Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**51906**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 11,26 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,94
Referenzbereich	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,32
Grundgesamtheit	66
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Stiftung kreuznacher diakonie

27	**Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie bei Patientinnen ohne bösartigen Tumor, gutartige Wucherung der Gebärmutterschleimhaut oder Voroperation im umliegenden Operationsgebiet**	
	Kennzahl-ID	**51418**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	-
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,38
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,33 % - 0,43 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	37
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

28	**Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken**	
	Kennzahl-ID	**12874**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 10,72 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,33
	Referenzbereich	= 5,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	1,22 % - 1,45 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	32
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

29	**Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung**	
	Kennzahl-ID	**10211**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Stiftung kreuznacher diakonie

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	33,33 %
Vertrauensbereich	16,28 % - 56,25 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	11,51
Referenzbereich	= 20,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,03 % - 12,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	18
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**D50** - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollzählige oder falsche Dokumentation
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	🡻 verschlechtert

30 Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund nach Gewebeuntersuchung

Kennzahl-ID	**51907**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	33,33 %
Vertrauensbereich	16,28 % - 56,25 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	15,08
Referenzbereich	= 28,46 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	14,54 % - 15,64 %

Stiftung kreuznacher diakonie

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	18
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**H20** - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31 **Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren**

Kennzahl-ID	**52535**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	24,3
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	20,33 % - 28,77 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

Stiftung kreuznacher diakonie

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	➲ unverändert

32	**Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung**
Kennzahl-ID	**612**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	93,75 %
Vertrauensbereich	71,67 % - 98,89 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	91,03
Referenzbereich	>= 79,11 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	90,72 % - 91,33 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	16
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Stiftung kreuznacher diakonie

33	**Blasenkatheter länger als 24 Stunden**	
	Kennzahl-ID	**52283**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 6,64 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	3,12
	Referenzbereich	= 6,85 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	3,02 % - 3,23 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	54
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	⚯ verbessert

34	**Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)**	
	Kennzahl-ID	**330**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Stiftung kreuznacher diakonie

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,26
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,82 % - 96,66 %
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

35	**Vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts**	
	Kennzahl-ID	**50045**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	97,9 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	98,72
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,67 % - 98,77 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	179
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	179
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Stiftung kreuznacher diakonie

36	Kaiserschnittgeburten - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	**52249**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	1,22
	Vertrauensbereich	1,09 % - 1,36 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,99
	Referenzbereich	= 1,27 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 0,99 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	179
	Erwartete Ereignisse	146,49
	Grundgesamtheit	440
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

37	Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten	
	Kennzahl-ID	**1058**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,32
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,23 % - 0,45 %
	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

38	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)	
	Kennzahl-ID	**321**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,21
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,2 % - 0,22 %
	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
39	**Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**51397**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,01
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,96 % - 1,06 %
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

Stiftung kreuznacher diakonie

40	**Übersäuerung des Blutes bei Frühgeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**51831**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 55,38 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1
	Referenzbereich	= 5,02 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,9 % - 1,12 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,06
	Grundgesamtheit	15
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Stiftung kreuznacher diakonie

41	Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten	
	Kennzahl-ID	**318**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	96,06
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,82 % - 96,29 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	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	➲ unverändert

42	Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand	
	Kennzahl-ID	**51803**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

Fachlicher Hinweis IQTIG	In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,98
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,97
Referenzbereich	= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,99 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	3,03
Grundgesamtheit	425
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

43	**Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**
Kennzahl-ID	**51181**
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich	= 2,09 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,96 % - 1,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Stiftung kreuznacher diakonie

44	**Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet**	
	Kennzahl-ID	**54030**
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	8,7 %
	Vertrauensbereich	3,43 % - 20,32 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	19,66
	Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	19,34 % - 19,98 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	46
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

45	**Vorbeugende Gabe von Antibiotika**	
	Kennzahl-ID	**54031**
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	92,29 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,52
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,47 % - 99,58 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	46
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	46
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

46	**Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**
	Kennzahl-ID **54033**
	Leistungsbereich: Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,44
Vertrauensbereich	0,8 % - 2,33 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1
Referenzbereich	= 2,27 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	6,23
Grundgesamtheit	32
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

47	**Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**
Kennzahl-ID	**54036**
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 10,73 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,83
Referenzbereich	= 4,30 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,76 % - 0,91 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,33
Grundgesamtheit	46
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Stiftung kreuznacher diakonie

48	**Infektion der Operationswunde - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**54038**
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 11,17 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,92
	Referenzbereich	= 3,14 (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,83 % - 1,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,32
	Grundgesamtheit	46
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Stiftung kreuznacher diakonie

49	**Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bund**	
	Kennzahl-ID	**54040**
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,87
	Referenzbereich	= 3,72 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,81 % - 0,95 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Stiftung kreuznacher diakonie

50	**Allgemeine Komplikationen während oder aufgrund der hüftgelenkerhaltenden Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**54042**
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,95
	Referenzbereich	= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,92 % - 0,98 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Stiftung kreuznacher diakonie

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

Stiftung kreuznacher diakonie

52	Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	**51846**
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	98,53 %
	Vertrauensbereich	92,13 % - 99,74 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	96,34
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	96,21 % - 96,48 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	67
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	68
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

53	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund	
	Kennzahl-ID	**52268**
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Dies wird in dem Indikator "Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden" berücksichtigt.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	14,75 %
Vertrauensbereich	7,96 % - 25,72 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	13,62
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	13,36 % - 13,89 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	61
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

54	**Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**
	Kennzahl-ID **52273**
	Leistungsbereich Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,25
Vertrauensbereich	0,68 % - 2,18 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	7,19
Grundgesamtheit	61
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

55	**Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Röntgenstrahlen kontrolliert)**
	Kennzahl-ID **52330**
	Leistungsbereich: Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	92,29 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	98,52
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,34 % - 98,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	46
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	46
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

56	**Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Ultraschall kontrolliert)**
Kennzahl-ID	**52279**
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

Stiftung kreuznacher diakonie

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	90,71
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,32 % - 91,08 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

57	**Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium**
Kennzahl-ID	**2163**
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,12
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,24 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Stiftung kreuznacher diakonie

58	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium und Behandlung unter Erhalt der Brust	
	Kennzahl-ID	**50719**
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 43,45 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	10,34
	Referenzbereich	= 18,39 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	9,53 % - 11,21 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	5
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

59	Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten	
	Kennzahl-ID	**51847**
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Stiftung kreuznacher diakonie

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	96,97 %
Vertrauensbereich	84,68 % - 99,46 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,44
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,21 % - 95,66 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	33
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

60 Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage

Kennzahl-ID	**51370**
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Da eine Brustkrebsoperation keinen Notfall darstellt, ist Betroffenen ausreichend Zeit einzuräumen, um sich über die Krankheit und das entsprechende Behandlungskonzept zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess aktiv zu beteiligen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	6,33
Referenzbereich	= 24,15 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	6,14 % - 6,53 %

Stiftung kreuznacher diakonie

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

61 **Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**

Kennzahl-ID	**52009**
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,25
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,95
Referenzbereich	= 1,95 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,96 %

Stiftung kreuznacher diakonie

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	35,69
Grundgesamtheit	9830
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

62 Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben

Kennzahl-ID	**52010**
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,01
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	9830
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

Stiftung kreuznacher diakonie

63	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	
	Kennzahl-ID	**54001**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	95,45 %
	Vertrauensbereich	87,47 % - 98,44 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	96,54
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	96,45 % - 96,63 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	63
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	66
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

64	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

Stiftung kreuznacher diakonie

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	90 %
Vertrauensbereich	59,58 % - 98,21 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	93,02
Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,71 % - 93,32 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	10
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65	**Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet**
	Kennzahl-ID **54003**
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	11,11 %
Vertrauensbereich	5,19 % - 22,19 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	17,46
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	17,15 % - 17,78 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	54
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

66 **Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden**

Kennzahl-ID	**54004**
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	99,13 %
Vertrauensbereich	95,24 % - 99,85 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	92,87
Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,75 % - 92,99 %

Stiftung kreuznacher diakonie

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	114
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	115
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

67	**Vorbeugende Gabe von Antibiotika**
Kennzahl-ID	**54005**
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	97,17 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,79
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,77 % - 99,81 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	132
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	132
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

68	**Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet**	
	Kennzahl-ID	**54015**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	26,79 %
	Vertrauensbereich	16,96 % - 39,59 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	11,53
	Referenzbereich	= 25,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	11,27 % - 11,79 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	15
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	56
	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

69	**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

Stiftung kreuznacher diakonie

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	6,06 %
	Vertrauensbereich	2,38 % - 14,57 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,77
	Referenzbereich	= 6,35 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,71 % - 1,83 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	66
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

70	**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

Stiftung kreuznacher diakonie

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

71	**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

Stiftung kreuznacher diakonie

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	4,42
	Referenzbereich	= 11,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	4,26 % - 4,59 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

72	**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

Stiftung kreuznacher diakonie

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

73	**Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten**
Kennzahl-ID	**54120**
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 27,75 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	10,19
Referenzbereich	= 23,95 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	9,83 % - 10,56 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	10
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

74	**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

Stiftung kreuznacher diakonie

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	94,5 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	97,98
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,91 % - 98,04 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	66
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	66
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

75	**Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**54012**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,08
Vertrauensbereich	0,53 % - 2,09 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,91
Referenzbereich	= 2,15 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,89 % - 0,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	6,49
Grundgesamtheit	77
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

76	**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

Stiftung kreuznacher diakonie

Fachlicher Hinweis IQTIG	Unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wird für alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesenimplantation die jeweils erwartete Sterbewahrscheinlichkeit berechnet. Unter den verstorbenen Patientinnen und Patienten werden die 10 % mit der geringsten Sterbewahrscheinlichkeit ermittelt und als Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit" festgelegt. Dieser Indikator bezieht sich ausschließlich auf Todesfälle bei diesen Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,2
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	78
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

77	**Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks**
Kennzahl-ID	**54020**
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	98,36 %
Vertrauensbereich	91,28 % - 99,71 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	97,43
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,34 % - 97,51 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	60
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	61
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

78	**Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks**
Kennzahl-ID	**54021**
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	94,25
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,91 % - 94,57 %
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

79	**Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile**
Kennzahl-ID	**54022**
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Stiftung kreuznacher diakonie

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	56,55 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	91,02
Referenzbereich	>= 86,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,6 % - 91,43 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	5
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

80	**Vorbeugende Gabe von Antibiotika**
Kennzahl-ID	**54023**
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	94,5 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,75
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,73 % - 99,77 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	66
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	66

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

81	**Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus**
Kennzahl-ID	**54026**
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	83,61 %
Vertrauensbereich	72,39 % - 90,84 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	92,03
Referenzbereich	>= 80,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	91,9 % - 92,16 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	51
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	61
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

82	**Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**
Kennzahl-ID	**54028**
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 9,92 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,72
Referenzbereich	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,67 % - 0,76 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,36
Grundgesamtheit	48
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

83	**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

Stiftung kreuznacher diakonie

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	98,39 %
Vertrauensbereich	95,94 % - 99,37 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	98,33
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,28 % - 98,37 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	245
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	249
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

84	**Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme**
	Kennzahl-ID **2009**
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Stiftung kreuznacher diakonie

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	96,97 %
Vertrauensbereich	93,88 % - 98,52 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,74
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,65 % - 95,82 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	224
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	231
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

85	**Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben**
Kennzahl-ID	**2012**
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	90,36 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	97,3
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,14 % - 97,45 %

Stiftung kreuznacher diakonie

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	36
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	36
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

86 **Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben**

Kennzahl-ID	**2013**
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	96,43 %
Vertrauensbereich	91,18 % - 98,6 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	93,63
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,5 % - 93,76 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	108
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	112
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

87	**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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	93,5 %
	Vertrauensbereich	89,2 % - 96,16 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	95,88
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,79 % - 95,97 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	187
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	200
	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

88	**Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**50778**
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Stiftung kreuznacher diakonie

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0,63
	Vertrauensbereich	0,41 % - 0,96 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1
	Referenzbereich	= 1,56 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	19
	Erwartete Ereignisse	30,16
	Grundgesamtheit	249
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert
89	**Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus**	
	Kennzahl-ID	**50722**
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	98,46 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,32
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,39 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	246
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	246
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

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

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

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

	LEISTUNGSBEREI	AUSWAHL
1	Schlaganfall	Ja

Stiftung kreuznacher diakonie

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

	DMP
1	Brustkrebs

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

	LEISTUNGSBEREIC	MINDESTMENGE	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHR)	AUSNAHMETATBE
1	Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	61	

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

	VEREINBARUNG BZW. RICHTLINIE
1	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen - Perinataler Schwerpunkt
	Die Umsetzung des Beschlusses konnte bisher mit den örtlichen Kostenträgern nicht wirksam vereinbart werden. Es besteht Dissens zur Erfüllung einzelner Punkte der Strukturqualität.

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):	31
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	27
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	26

* 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).

Stiftung kreuznacher diakonie