



# Strukturierter Qualitätsbericht

---

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

# INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort .....	1
Einleitung .....	1
A      Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	1
A-0      Fachabteilungen .....	2
A-1      Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	2
A-2      Name und Art des Krankenhausträgers .....	4
A-3      Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	4
A-4      Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	4
A-5      Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	4
A-6      Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	6
A-7      Aspekte der Barrierefreiheit .....	7
A-8      Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	7
A-9      Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	8
A-10      Gesamtfallzahlen .....	8
A-11      Personal des Krankenhauses .....	8
A-12      Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	14
A-13      Besondere apparative Ausstattung .....	23
B      Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	23
B-[1]      Orthopädie .....	23
B-[2]      Allgemeine Chirurgie .....	38
B-[3]      Innere Medizin .....	52
B-[4]      Frauenheilkunde und Geburtshilfe .....	66
B-[5]      Intensivmedizin .....	80
B-[6]      Anästhesiologie .....	93
B-[7]      Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde .....	101

B-[8]	Radiologie .....	109
C	Qualitätssicherung .....	117
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	117
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	194
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	194
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	195
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	195
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	195
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	195
D	Qualitätsmanagement .....	195
D-1	Qualitätspolitik .....	195
D-2	Qualitätsziele .....	196
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements .....	197
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements .....	197
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte .....	197
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements .....	197

## Vorwort

Als Verbund der katholischen Krankenhäuser in Landstuhl und Zweibrücken bietet das Nardini Klinikum ein umfangreiches Leistungsspektrum. Durch unsere christlichen Werte liegt uns die gute medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten besonders am Herzen. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind rund um die Uhr für Sie da und arbeiten gemeinsam dafür, dass es Ihnen bald wieder besser geht.

## Einleitung

Als Verbund der katholischen Krankenhäuser in Landstuhl und Zweibrücken bietet das Nardini Klinikum ein umfangreiches Leistungsspektrum. Durch unsere christlichen Werte liegt uns die gute medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten besonders am Herzen. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind rund um die Uhr für Sie da und arbeiten gemeinsam dafür, dass es Ihnen bald wieder besser geht.

### Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Kfm. Christoph Denzer, Kaufmännischer Direktor
Telefon:	06332 82 9207
Fax:	
E-Mail:	T.Rohrbacher@nardiniklinikum.de

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Dipl.-Päd. Monica Nagel, Qualitäts-und Riskomanagement
Telefon:	06371 84 3102
Fax:	
E-Mail:	M.Nagel@nardiniklinikum.de

### Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	<a href="http://www.nardiniklinikum.de">http://www.nardiniklinikum.de</a>
--------------------------------------	---

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

### A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	2300	Orthopädie
2	Hauptabteilung	1500	Allgemeine Chirurgie
3	Hauptabteilung	0100	Innere Medizin
4	Hauptabteilung	2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
5	Hauptabteilung	3600	Intensivmedizin
6	Nicht-Bettenführend	3700	Anästhesiologie
7	Belegabteilung	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
8	Nicht-Bettenführend	3751	Radiologie

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Nardini Klinikum St. Elisabeth Zweibrücken
PLZ:	66482
Ort:	Zweibrücken
Straße:	Kaiserstrasse
Hausnummer:	14
IK-Nummer:	260730478
Standort-Nummer:	01
Krankenhaus-URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de">http://www.nardliniklinikum.de</a>

#### A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Nardini Klinikum St. Johannis
PLZ:	66849
Ort:	Landstuhl
Straße:	Nardinistr.
Hausnummer:	40
IK-Nummer:	260730478
Standort-Nummer:	1
E-Mail:	

Standort-URL:

<http://nardiniklinikum.de>

## A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Kfm. Christoph Denzer, Kaufmännischer Direktor
Telefon:	06332 829207
Fax:	
E-Mail:	T.Rohrbacher@nardiniklinikum.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Detlev Christiansen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	06371 843621
Fax:	
E-Mail:	D.Christiansen@nardiniklinikum.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Jens Lehnhardt, Pflegedirektor
Telefon:	06332 82110
Fax:	
E-Mail:	J.Lehnhardt@nardiniklinikum.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Thomas Frank, Pflegedirektor/Marketing
Telefon:	06332 829211
Fax:	
E-Mail:	T.Frank@nardiniklinikum.de

### Leitung des Standorts:

Standort:	Nardini Klinikum St. Johannis
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Kfm. Christoph Denzer, Kaufmännischer Direktor
Telefon:	06371 84 2001
Fax:	
E-Mail:	B.Schaaf@nardiniklinikum.de

Standort:	Nardini Klinikum St. Johannis
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Detlev Christiansen, Ärztlicher Direktor

Telefon:	06371 84 3621
Fax:	
E-Mail:	D.Christiansen@nardiniklinikum.de

Standort:	Nardini Klinikum St. Johannis
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Jens Lehnhardt, Pflegedirektor
Telefon:	06371 841100
Fax:	
E-Mail:	J.Lehnhardt@nardiniklinikum.de

Standort:	Nardini Klinikum St. Johannis
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Thomas Frank, Pflegedirektor/Marketing
Telefon:	06371 84 1107
Fax:	
E-Mail:	T.Frank@nardiniklinikum.de

### A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

	INSTITUTIONSKENNZEICHEN
1	260730478

### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Nardini Klinikum GmbH
Träger-Art:	freigemeinnützig

### A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu

### A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein
--	------

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
1	Diät- und Ernährungsberatung <i>Diätassistentin</i>
2	Bewegungsbad/Wassergymnastik <i>Physiotherapeuten</i>
3	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>Palliativstation</i>
4	Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>Physiotherapeuten</i>
5	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <i>Überleitungsschwestern/Anschlussheilbehandlungsvermittlung</i>
6	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>Physiotherapeuten</i>
7	Stomatherapie/-beratung <i>Externe Therapeutin</i>
8	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>In Kooperation mit DRK</i>
9	Wärme- und Kälteanwendungen <i>Physiotherapeuten</i>
10	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik <i>Hebammen</i>
11	Wundmanagement <i>Wundexperten</i>
12	Stillberatung <i>Hebammen</i>
13	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie <i>Fachabteilung Orthopädie</i>
14	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik <i>Hebammen</i>
15	Physikalische Therapie/Bädertherapie <i>Physiotherapeuten</i>
16	Massage <i>Physiotherapeuten</i>
17	Manuelle Lymphdrainage



	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
	<i>Physiotherapeuten</i>
18	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>Morbide Adipositas</i>
19	Schmerztherapie/-management <i>Anästhesisten</i>
20	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>externer Anbieter</i>
21	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik <i>Physiotherapeuten</i>

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

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Mutter-Kind-Zimmer <i>Säuglingsstation/HNO-Patienten</i>
2	Seelsorge <i>katholisch und evangelisch</i>
3	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen <i>Kontakt über die jeweilige Fachabteilung</i>
4	Andachtsraum
5	Internetanschluss am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>Sonderleistung</i>
6	Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 1,2 €</i> <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,2 €</i> <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i> <i>Allgemeine Ausstattung</i>
7	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Privatzimmer</i>
8	Rundfunkempfang am Bett <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>Rundfunk und Fernsehen allgemeine Ausstattung (kostenfrei)</i>
9	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen <i>Max. Kosten pro Stunde: 0 €</i> <i>Max. Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>Für alle Patienten, Angehörige und Besucher</i>

LEISTUNGSANGEBOT	
10	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Privatzimmer</i>
11	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer <i>Privatzimmer</i>
12	Schwimmbad/Bewegungsbad <i>Physiotherapeuten</i>
13	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Durch die Fachabteilungen</i>
14	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>Sonderleistung</i>
15	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>allgemeine Ausstattung (kostenfrei)</i>
16	Rooming-in <i>Säuglingsstation</i>

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
2	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
3	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
4	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
5	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
6	Diätetische Angebote
7	Diätetische Angebote
8	Dolmetscherdienst

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

## A-8.1 Forschung und akademische Lehre

	AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN
1	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
	<i>Fachabteilung Gynäkologie.</i>

## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

	AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
	<i>Die theoretische Ausbildung findet am Standort Nardini Klinikum Zweibrücken statt.</i>

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 297

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	11318
Teilstationäre Fallzahl:	526
Ambulante Fallzahl:	18362

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	63,94	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40
<i>Inklusive Anästhesie und Intensiv</i>			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 63,94	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär:	63,94
- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:	39,61		

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 39,61	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 39,61

#### BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 1

### A-11.2 Pflegepersonal

#### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39

#### GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	170,8	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 170,8	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 170,8

#### Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 0

#### GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,82	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,82	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 0,82

#### ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 0

**PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0

**KRANKENPFLEGEHelfER UND KRANKENPFLEGEHelfERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 12,67

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 12,67 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0,63 Stationär: 12,04

**Ohne Fachabteilungszuordnung:**

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0

**PFLEGEHelfER UND PFLEGEHelfERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 1,36

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,68 Ohne: 0,68

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 1,36

**ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 15,29

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 15,29 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 15,29

**Ohne Fachabteilungszuordnung:**

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0

BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES

Anzahl in Personen: 0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 5,68

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 5,68 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0,59 Stationär: 5,09

Ohne Fachabteilungsuordnung:

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 12,21

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 12,21 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 12,21

Ohne Fachabteilungsuordnung:

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:		0		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:		0		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0

PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

Gesamt:		0		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0

ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt:		0		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0

BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:		0		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0

SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	0
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0

#### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

##### DIÄTASSISTENT UND DIÄTASSISTENTIN

Gesamt:	1			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	1

##### MEDIZINISCH-TECHNISCHER LABORATORIUMSASSISTENT UND MEDIZINISCH-TECHNISCHE LABORATORIUMSASSISTENTIN (MTLA)

Gesamt:	9,02			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	9,02	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	9,02

##### MEDIZINISCH-TECHNISCHER RADIOLOGIEASSISTENT UND MEDIZINISCH-TECHNISCHE RADIOLOGIEASSISTENTIN (MTRA)

Gesamt:	6,56			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	6,56	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	6,56

##### PHYSIOTHERAPEUT UND PHYSIOTHERAPEUTIN

Gesamt:	9,44			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	9,44	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	9,44

##### DIPLOM-PSYCHOLOGE UND DIPLOM-PSYCHOLOGIN

Gesamt:	1			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	1



PERSONAL MIT WEITERBILDUNG ZUM DIABETESBERATER/ ZUR DIABETESBERATERIN

Gesamt: 1,77

Beschäftigungs-  
verhältnis:

Mit: 1,77

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär: 1,77

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Dipl.-Päd. Monica Nagel, Qualitäts-/Risikomanagement
Telefon:	06371 843102
Fax:	
E-Mail:	M.Nagel@nardiniklinikum.de

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

#### Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Pflegedirektion, Verwaltung, Medizincontrolling, Ärzte, Hygiene, Qualitätsmanagement, Risikomanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums:	andere Frequenz

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

## Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Dipl.-Päd. Monica Nagel, Qualitäts-/Risikomanagement
Telefon:	06371 843102
Fax:	
E-Mail:	M.Nagel@nardiniklinikum.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:

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

## Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Pflegedirektion, Verwaltung, Medizincontrolling, Ärzte, Hygiene, Qualitätsmanagement, Risikomanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums:	andere Frequenz

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: LA-InAnPf-0073 Routineüberwachung Aufwachraum Letzte Aktualisierung: 15.09.2016</i>
2	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: LA-Not-0001 Rettungskette Letzte Aktualisierung: 02.11.2015</i>
3	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
4	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: NaKI-PfAI-0016 Fixierungsprotokoll Letzte Aktualisierung: 13.10.2015</i>
5	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: KaV-VA-1902 Entlassmanagement Letzte Aktualisierung: 29.04.2004</i>
6	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: LA-OrÄr-0005 Abteilungsbesprechung Letzte Aktualisierung: 19.01.2015</i>
7	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: LA-OpAll-0008 OP Sicherheitscheckliste Letzte Aktualisierung: 14.10.2013</i>
8	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: LA-OPAll-0008 OP Sicherheitscheckliste Letzte Aktualisierung: 14.10.2013</i>
9	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
10	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: NaKI-MT-0007 Organisationshandbuch Aktive Medizinprodukte Letzte Aktualisierung: 12.06.2014</i>
11	Sturzprophylaxe  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: NaKI-PfAI-0029 VA Sturzprophylaxe und Verhalten nach Sturz Letzte Aktualisierung: 13.01.2015</i>
12	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input type="checkbox"/>	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  <i>Letzte Aktualisierung: 11.09.2013</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen  <i>Intervall: bei Bedarf</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem  <i>Intervall: bei Bedarf</i>

## Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Regelung bei welchem Restfüllungszustand Sauerstoffflaschen gewechselt werden. Aufklärung von Patienten über Applikationsform von Medikamenten. Anschaffung eines weiteren Laboretikettendruckers in der Zentralambulanz. Meldung an Operateure wenn OP-Siebe für den Validierungsprozess in der ZSVA benötigt werden. Tägliche Kontrolle der Bestellungen in Bezug ausstehende Lieferungen.

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

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

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1 <sup>1)</sup>
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	4
Hygienefachkräfte (HFK)	2 <sup>2)</sup>
Hygienebeauftragte in der Pflege	13

<sup>1)</sup> extern beratend von Labor Clotten in Freiburg

<sup>2)</sup> Die Stelle ist mit 1,5 besetzt.

#### A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Detlev Christiansen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

### 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:

#### 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:

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

#### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

### Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja

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

Auswahl: Ja

**Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft:**

Auswahl: Ja

#### **A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden**

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

Auswahl: Ja

**Der interne Standard thematisiert insbesondere:**

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

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

Auswahl: Nein

#### **A-12.3.2.4 Händedesinfektion**

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben: Ja

**Händedesinfektionsmittelverbrauch (Einheit: ml/Patiententag):**

... auf allen Intensivstationen:	143
... auf allen Allgemeinstationen:	26

## Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

### 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 ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ).	Ja

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

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

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
2	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
3	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)</i>
4	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: LA-Hy-0043 Screeningbogen</i>
5	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten



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

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

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

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung). <i>Das Konzept ist in Form einer Verfahrensanweisung hinterlegt.</i>	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert. <i>Beschwerden werden direkt bearbeitet.</i>	Nein
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>Qualitätsmanagementbeauftragte Pflegedirektion</i>	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>Herr Matthias Gillen</i>	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden <a href="http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/patienten-besucher/kontaktformular/">http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/patienten-besucher/kontaktformular/</a>	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
	<i>Kontinuierlich</i>	
10	Einweiserbefragungen	Ja

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

Name/Funktion:	Monica Nagel, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	06371 843102
Fax:	
E-Mail:	M.Nagel@nardiniklinikum.de

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

Name/Funktion:	Mattias Gillen, Patientenfürsprecher
Telefon:	06371 843026
Fax:	
E-Mail:	M.Gillen@nardiniklinikum.de

### **A-13 Besondere apparative Ausstattung**

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
2	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
3	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja

## **B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen**

### **B-[1] Orthopädie**

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Orthopädie
Straße:	Nardinstrasse
Hausnummer:	30
PLZ:	66849
Ort:	Landstuhl
URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/orthopaedie/">http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/orthopaedie/</a>

### B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2300) Orthopädie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Werner Hauck, Chefarzt
Telefon:	06371 843700
Fax:	
E-Mail:	W.Hauck@Nardliniklinikum.de

### B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Nardinstrasse 30
PLZ/Ort:	66849 Landstuhl
URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/orthopaedie/">http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/orthopaedie/</a>

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
2	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
4	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
5	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
7	Endoprothetik
	<i>Zertifiziertes Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung.</i>
8	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
9	Septische Knochenchirurgie
10	Spezialsprechstunde <i>Sportverletzungen</i>
11	Bandrekonstruktionen/Plastiken
12	Spezialsprechstunde <i>Osteologie</i>
13	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
14	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
15	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
17	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
18	Minimalinvasive endoskopische Operationen
19	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
20	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
21	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
22	Metall-/Fremdkörperentfernungen
23	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
24	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
	<i>Dexa-Messplatz</i>

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
26	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
27	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
29	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
30	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
31	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels

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

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
2	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen

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

Vollstationäre Fallzahl:	2424
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	327
2	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	251
3	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	235
4	M54.4	Lumboischialgie	209
5	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	148
6	M20.1	Hallux valgus (erworben)	77
7	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	69
8	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	52
9	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	47
10	M47.96	Spondylose, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich	45
11	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	45
12	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	43

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
13	M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	39
14	M54.5	Kreuzschmerz	33
15	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	25
16	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	22
17	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	21
18	M23.33	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus	18
19	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	16
20	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	15
21	S86.0	Verletzung der Achillessehne	15
22	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	12
23	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	12
24	S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	12
25	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	11
26	M19.97	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	11
27	M00.96	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	11
28	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	11
29	M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich	10
30	M43.16	Spondylolisthesis: Lumbalbereich	10

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	346
2	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	321
3	M54	Rückenschmerzen	260
4	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	243
5	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	151
6	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	148
7	M20	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen	94
8	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	80

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	M75	Schulterverletzung	76
10	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	57

### B-[1].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	327
2	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	251
3	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	235
4	M54.4	Lumboischialgie	209
5	M48.0	Spinal(kanal)stenose	151
6	M20.1	Hallux valgus (erworben)	77
7	S72.0	Schenkelhalsfraktur	70
8	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	69
9	M47.9	Spondylose, nicht näher bezeichnet	53
10	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	52
11	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	49
12	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	47
13	M80.0	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur	43
14	M23.3	Sonstige Meniskusschädigungen	39
15	M54.5	Kreuzschmerz	33
16	S83.5	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes mit Beteiligung des (vorderen) (hinteren) Kreuzbandes	27
17	S42.2	Fraktur des proximalen Endes des Humerus	24
18	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	22
19	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	21
20	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	21
21	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	16
22	M54.1	Radikulopathie	16
23	S22.0	Fraktur eines Brustwirbels	16

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
24	M19.9	Arthrose, nicht näher bezeichnet	15
25	S86.0	Verletzung der Achillessehne	15
26	M00.9	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet	13
27	M43.1	Spondylolisthesis	12
28	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	11
29	S72.4	Distale Fraktur des Femurs	11
30	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	11

### B-[1].6.3 Kompetenzdiagnosen

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	1813
2	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	788
3	5-780.4x	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Sonstige	605
4	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	416
5	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	378
6	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	348
7	5-784.0d	Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen: Becken	292
8	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	239
9	8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	234
10	5-988	Operation unter Anwendung eines Navigationssystems, das während der Operation aktuelle 3D-Bilder des Operationsgebietes anzeigt	207
11	5-822.g0	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert	163
12	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	142



	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
13	8-020.4	Therapeutische Injektion: Bänder, Sehnen oder Bindegewebe	124
14	5-783.0h	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Femur distal	116
15	5-783.0e	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Schenkelhals	103
16	5-784.0k	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen: Tibia proximal	102
17	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	98
18	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	96
19	3-900	Messung des Mineralsalzgehaltes des Knochens - Knochendichtemessung	94
20	5-810.0h	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Kniegelenk	92
21	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	80
22	3-806	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	78
23	8-917.13	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule	75
24	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	74
25	5-784.0h	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen: Femur distal	73
26	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	66
27	8-914.1x	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: Sonstige	64
28	5-783.0d	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Becken	60
29	5-810.00	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Humero Glenoidgelenk	58
30	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	54

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-561	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen	1813

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
2	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	788
3	5-780	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit	643
4	5-784	Operative Verpflanzung bzw. Umlagerung von Knochengewebe	515
5	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	416
6	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	407
7	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spalraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	378
8	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	338
9	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	311
10	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	304

## B-[1].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
2	PRÄOPERATIVE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Präoperative Untersuchungen und Diagnostik, OP- Aufklärungsgespräche</i>
3	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
4	ERMÄCHTIGUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116 SGB V BZW. § 31a ABS. 1 ÄRZTE-ZV (BESONDERE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN ODER KENNTNISSE VON KRANKENHAUSÄRZTEN UND KRANKENHAUSÄRZTINNEN)
	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:
	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes

4	ERMÄCHTIGUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116 SGB V BZW. § 31A ABS. 1 ÄRZTE-ZV (BESONDERE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN ODER KENNTNISSE VON KRANKENHAUSÄRZTEN UND KRANKENHAUSÄRZTINNEN)
	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	VO16 - Handchirurgie
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
	VO19 - Schulterchirurgie
	VC30 - Septische Knochenchirurgie
	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
5	D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE AMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
	Auf Zuweisung.

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

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

## 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

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	12,03	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 12,03	Ohne:	0

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	12,03
			Fälle je Anzahl:	201,5

#### - DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	10,03			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	10,03	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	10,03
			Fälle je Anzahl:	241,7

#### BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

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

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

### B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Manuelle Medizin/Chirotherapie
2	Sportmedizin

### B-[1].11.2 Pflegepersonal

#### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39

#### GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	29,21			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	29,21	Ohne:	0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	29,21
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	83,0

**GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:		0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

**ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:		0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

**PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:		0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

**KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt:		2,25		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,25	Ohne:	0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	2,25
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	1077,3

PFLEGEHELPER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES

Anzahl in Personen:	0,0
Fälle je Anzahl:	0,0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,17			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	1,17	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	1,17
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	2071,8

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,5
---------	-----

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	1,5	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	1,5
			Fälle je Anzahl:	1616,0

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Dekubitusmanagement
2	Wundmanagement

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN				
Gesamt:		0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0
KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN				
Gesamt:		0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHEAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHEAPEUTINNEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHEAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHEAPEUTINNEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

PSYCHOTHEAPEUTEN UND PSYCHOTHEAPEUTINNEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHEAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

ERGOTHEAPEUTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

BEWEGUNGSTHEAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHEAPEUTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0



Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

## B-[2] Allgemeine Chirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemeine Chirurgie
Straße:	Nardinistrasse
Hausnummer:	30
PLZ:	66849
Ort:	Landstuhl
URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/chirurgie/">http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/chirurgie/</a>

#### B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Harald Schultz, Chefarzt
Telefon:	06371 842301
Fax:	
E-Mail:	H.Schultz@Nardliniklinikum.de

### B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Nardinistrasse 30
PLZ/Ort:	66849 Landstuhl
URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/chirurgie/">http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/chirurgie/</a>

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

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

Keine Vereinbarung geschlossen

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Metall-/Fremdkörperentfernungen
2	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen <i>Duplex- / Ultraschalluntersuchung</i>
3	Lungenchirurgie
4	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
5	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
9	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
10	Septische Knochenchirurgie
11	Magen-Darm-Chirurgie
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
14	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
15	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
16	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
17	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
18	Portimplantation
19	Dialyseshuntchirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
20	Adipositaschirurgie
21	Speiseröhrenchirurgie
22	Operationen wegen Thoraxtrauma
23	Mediastinoskopie
24	Endokrine Chirurgie
25	Nierenchirurgie
26	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
27	Thorakoskopische Eingriffe
28	Amputationschirurgie
29	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
30	Schrittmachereingriffe <i>Implantation / Wechsel / Explantation</i>
31	Tumorchirurgie
32	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
33	Fußchirurgie
34	Spezialsprechstunde
35	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
37	Minimalinvasive endoskopische Operationen
38	Handchirurgie
39	Behandlung von Dekubitalgeschwüren

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
2	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen

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

Vollstationäre Fallzahl:	2019
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	104
2	S06.0	Gehirnerschütterung	87
3	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	76
4	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	74
5	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	56
6	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	50
7	S00.85	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes: Prellung	46
8	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	42
9	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	41
10	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	41
11	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	40
12	K59.0	Obstipation	34
13	K36	Sonstige Blinddarmentzündung	33
14	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	31
15	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	31
16	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	30
17	S20.2	Prellung des Thorax	29
18	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	27
19	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	25
20	S00.95	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Prellung	25
21	I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr	25
22	A46	Wundrose - Erysipel	24
23	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	24
24	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	22

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	22
26	K61.0	Analabszess	18
27	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	16
28	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	16
29	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	15
30	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	15

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40	Leistenbruch (Hernie)	168
2	K80	Gallensteinleiden	132
3	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	114
4	S06	Verletzung des Schädelinneren	94
5	I83	Krampfader der Beine	86
6	K35	Akute Blinddarmentzündung	73
7	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	73
8	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	72
9	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	64
10	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	45

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	119
2	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien	114
3	S06.0	Gehirnerschütterung	87
4	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	76
5	K80.1	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	74

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
6	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	56
7	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	55
8	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	50
9	S00.8	Oberflächliche Verletzung sonstiger Teile des Kopfes	46
10	K40.2	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	43
11	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	42
12	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	40
13	S52.5	Distale Fraktur des Radius	35
14	K59.0	Obstipation	34
15	K36	Sonstige Appendizitis	33
16	L03.1	Phlegmone an der oberen Extremität	32
17	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	31
18	S20.2	Prellung des Thorax	29
19	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	27
20	S00.9	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet	25
21	A46	Erysipel [Wundrose]	24
22	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	22
23	K61.0	Analabszess	18
24	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	16
25	S22.4	Rippenserienfraktur	16
26	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	16
27	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	15
28	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	15
29	S32.5	Fraktur des Os pubis	14
30	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	14

## B-[2].6.3 Kompetenzdiagnosen

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	258
2	8-191.00	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Feuchtverband mit antiseptischer Lösung: Ohne Debridement-Bad	195
3	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	178
4	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	132
5	5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	126
6	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	111
7	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	100
8	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	88
9	5-385.2	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Lokale Exzision	69
10	5-932.2	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Composite-Material	65
11	5-394.5	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines arteriovenösen Shuntes	62
12	5-385.70	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna	57
13	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	56
14	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	56
15	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	56
16	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	54
17	5-392.10	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	53
18	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	52
19	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	50

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	8-855.4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	44
21	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	44
22	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	42
23	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	42
24	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	42
25	8-191.5	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband	40
26	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	38
27	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	34
28	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	33
29	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	32
30	5-385.4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Transkutane Unterbindung der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	31

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-191	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten	240
2	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	188
3	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	183
4	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	178
5	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	134
6	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	111
7	5-469	Sonstige Operation am Darm	86
8	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	56
9	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	56



	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	22

## B-[2].7.2 Kompetenzprozeduren

### B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
2	D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE AMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
3	PRÄOPERATIVE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Praoperative Untersuchungen und Diagnostik, OP- Aufklärungsgespräche</i>
4	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

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

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

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

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

### B-[2].11 Personelle Ausstattung

#### B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	9,53	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 9,53	Ohne:	0

Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 9,53
		Fälle je Anzahl: 211,9

#### - DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	6,33	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 6,33	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 6,33
		Fälle je Anzahl: 319,0

#### BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

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

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

### B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Spezielle Unfallchirurgie

### B-[2].11.2 Pflegepersonal

#### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39

#### GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	40,03	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 40,03	Ohne: 0

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	40,03
			Fälle je Anzahl:	50,4

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELPERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	2,69			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,69	Ohne:	0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	2,69
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	750,6

**PFLEGEHELPER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN**

<b>Gesamt:</b>	0			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

**ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

<b>Gesamt:</b>	0			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

**BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES**

<b>Anzahl in Personen:</b>	0,0
<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

**OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

<b>Gesamt:</b>	1,17			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	1,17	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	1,17
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	1725,6

**MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

<b>Gesamt:</b>	1,09
----------------	------

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	1,09	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	1,09
			Fälle je Anzahl:	1852,3

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN				
Gesamt:		0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0
KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN				
Gesamt:		0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0
PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN				
Gesamt:		0		

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:		0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
	Ambulant:	0	Stationär:	0
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

#### PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

Gesamt:		0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
	Ambulant:	0	Stationär:	0
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

#### ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt:		0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
	Ambulant:	0	Stationär:	0
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

#### BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:		0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
	Ambulant:	0	Stationär:	0
Versorgungsform:			Fälle je Anzahl:	0,0

## SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

## B-[3] Innere Medizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Innere Medizin
Straße:	Nardinistrasse
Hausnummer:	30
PLZ:	66849
Ort:	Landstuhl
URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/innere-medizin-1/">http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/innere-medizin-1/</a>

#### B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0100) Innere Medizin

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

Name/Funktion:	Dr. med. Patrik Mahler, Chefarzt Gastroenterologe
Telefon:	06371 842401
Fax:	
E-Mail:	Ambulanz-InnereLS@Nardliniklinikum.de
Name/Funktion:	Dr. med. Matthias Stopp, Chefarzt Kardiologie/Pulmonologie
Telefon:	06371 842401
Fax:	
E-Mail:	Ambulanz-InnereLS@Nardliniklinikum.de

### B-[3].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Nardinistrasse 30
PLZ/Ort:	66849 Landstuhl
URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/innere-medizin-1/">http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/innere-medizin-1/</a>

### 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:

Ja

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
2	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
6	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
7	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
8	Minimalinvasive endoskopische Operationen
9	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
10	Palliativmedizin
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
13	Endoskopie
14	Intensivmedizin
15	Onkologische Tagesklinik
16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
17	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
19	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
20	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)



	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
21	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten <i>Mittels Echo und Stressecho</i>
22	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
23	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
24	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
25	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
26	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
27	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
28	Diagnostik und Therapie von Allergien
29	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
30	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
31	Spezialsprechstunde
32	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
33	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
34	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
35	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
36	Physikalische Therapie
37	Schmerztherapie
38	Transfusionsmedizin
39	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

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

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
2	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
3	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten

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

Vollstationäre Fallzahl:	3807
Teilstationäre Fallzahl:	526

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	154
2	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	141
3	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	138
4	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	137
5	E86	Flüssigkeitsmangel	126
6	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	114
7	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	109
8	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	98
9	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	97
10	K59.0	Obstipation	87
11	K29.1	Sonstige akute Gastritis	80
12	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	58
13	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	56
14	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	55
15	G47.38	Sonstige Schlafapnoe	44
16	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	39
17	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	37
18	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	35
19	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	34
20	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	33
21	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	32
22	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	32
23	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	32
24	R42	Schwindel bzw. Taumel	31
25	B99	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit	29
26	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	27
27	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	27
28	E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	26

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	25
30	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	24

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I50	Herzschwäche	366
2	G47	Schlafstörung	209
3	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	190
4	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	156
5	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	151
6	E86	Flüssigkeitsmangel	126
7	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	120
8	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	116
9	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	99
10	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	97

### B-[3].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I50.1	Linksherzinsuffizienz	227
2	G47.3	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	190
3	I10.0	Benigne essentielle Hypertonie	165
4	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	138
5	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	137
6	E86	Volumenmangel	126
7	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	114
8	R55	Synkope und Kollaps	97
9	K59.0	Obstipation	87
10	K29.1	Sonstige akute Gastritis	80

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
11	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	76
12	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	74
13	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	58
14	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	56
15	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	55
16	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	54
17	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	39
18	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	39
19	I11.9	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	38
20	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	37
21	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	35
22	I11.0	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	33
23	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	33
24	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	32
25	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	32
26	R42	Schwindel und Taumel	31
27	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	29
28	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	29
29	E11.6	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	28
30	E11.9	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen	27

### B-[3].6.3 Kompetenzdiagnosen

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	601
2	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	562
3	1-790	Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes	355
4	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	307
5	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	279
6	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	224
7	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	192
8	8-717.0	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen: Ersteinstellung	176
9	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	167
10	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	165
11	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	163
12	1-279.0	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen: Bestimmung des Herzvolumens und der Austreibungsfraktion	143
13	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	139
14	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	136
15	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	121
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	105
17	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	89
18	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	88

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	87
20	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	84
21	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	82
22	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	82
23	1-275.3	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	63
24	8-855.4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	51
25	9-200.0	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 43 bis 71 Aufwandspunkte	49
26	9-984.2	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit)	48
27	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	48
28	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	46
29	9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	45
30	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	42

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	605
2	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	562
3	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	345
4	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	321
5	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	307
6	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	192
7	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	177

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	144
9	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	139
10	3-034	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Herzens mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Gewebeverformungen [Speckle Tracking]	15

### B-[3].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ERMÄCHTIGUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116 SGB V BZW. § 31a ABS. 1 ÄRZTE-ZV (BESONDERE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN ODER KENNTNISSE VON KRANKENHAUSÄRZTEN UND KRANKENHAUSÄRZTINNEN)
	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:
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
	VI32 - Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
3	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz

## 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

#### ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	15,97	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 15,97	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär:	15,97
		Fälle je Anzahl:	238,4

#### - DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	6,37		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 6,37	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär:	6,37
		Fälle je Anzahl:	597,6

#### BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

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

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

### B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Palliativmedizin



## B-[3].11.2 Pflegepersonal

### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39

### GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	26,58		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 26,58	Ohne: 0	
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 26,58	
		Fälle je Anzahl:	143,2

### GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 0	Ohne: 0	
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 0	
		Fälle je Anzahl:	0,0

### ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 0	Ohne: 0	
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 0	
		Fälle je Anzahl:	0,0

### PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 0	Ohne: 0	

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELPERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,75			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,75	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0,75
			Fälle je Anzahl:	5076,0

#### PFLEGEHELPER UND PFLEGEHELPERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,36			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,68	Ohne:	0,68
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	1,36
			Fälle je Anzahl:	2799,3

#### ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES

Anzahl in Personen:	0,0
Fälle je Anzahl:	0,0

#### OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0
---------	---

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	3			
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	3	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	3
			Fälle je Anzahl:	1269,0

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
3	Dekubitusmanagement
4	Palliative Care

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN				
Gesamt:	0			
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

#### BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

#### SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

### B-[4] Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Straße:	Nardinistrasse
Hausnummer:	30
PLZ:	66489
Ort:	Landstuhl
URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/gynaekologie-geburtshilfe/">http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/gynaekologie-geburtshilfe/</a>

### B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Name/Funktion:	Dr. med. Monika Mader, Chefärztin
Telefon:	06371 842801
Fax:	
E-Mail:	M.Mader@Nardliniklinikum.de

### B-[4].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Nardinistrasse ^30
PLZ/Ort:	66489 Landstuhl
URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/gynaekologie-geburtshilfe/">http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/gynaekologie-geburtshilfe/</a>

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

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

Keine Vereinbarung geschlossen

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
2	Pränataldiagnostik und -therapie
3	Betreuung von Risikoschwangerschaften
4	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
5	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
6	Geburtshilfliche Operationen
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
8	Ambulante Entbindung
9	Minimalinvasive endoskopische Operationen
10	Stationäre und ambulante Chemotherapie

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
11	Urogynäkologie
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
13	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
14	Endoskopische Operationen
15	Vaginalchirurgie
16	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
17	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
18	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
19	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
20	Inkontinenzchirurgie
21	Onkologische Sprechstunde
22	Gynäkologische Chirurgie

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

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
2	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
3	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen

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

Vollstationäre Fallzahl:	2456
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	663
2	O80	Normale Geburt eines Kindes	213
3	O82	Geburt eines Kindes durch Kaiserschnitt	102
4	O48	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht	66
5	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	51
6	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	50

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	47
8	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	41
9	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	39
10	O81	Geburt eines Kindes mit Zange oder Saugglocke	36
11	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	31
12	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	29
13	O62.2	Sonstige Wehenschwäche	28
14	O71.8	Sonstige näher bezeichnete Verletzungen unter der Geburt	26
15	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	26
16	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	24
17	O99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	24
18	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	23
19	N81.4	Uterovaginalprolaps, nicht näher bezeichnet	21
20	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	21
21	D27	Gutartiger Eierstocktumor	20
22	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	20
23	N81.1	Zystozele	19
24	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	19
25	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	17
26	O75.7	Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung	16
27	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	16
28	P59.9	Neugeborenenikterus, nicht näher bezeichnet	15
29	O20.0	Drohender Abort	15
30	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	15

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Neugeborene	664
2	O80	Normale Geburt eines Kindes	213



	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	O82	Geburt eines Kindes durch Kaiserschnitt	102
4	O70	Dammriss während der Geburt	94
5	D25	Gutartiger Tumor der Gebätermuskulatur	92
6	C50	Brustkrebs	82
7	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	77
8	O48	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht	66
9	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	61
10	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	55

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	663
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	213
3	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	102
4	O48	Übertragene Schwangerschaft	66
5	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	51
6	D25.9	Leiomyom des Uterus, nicht näher bezeichnet	50
7	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	47
8	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	41
9	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	39
10	O81	Geburt eines Einlings durch Zangen- oder Vakuumextraktion	36
11	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	31
12	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	29
13	O62.2	Sonstige Wehenschwäche	28
14	O26.8	Karpaltunnel-Syndrom während der Schwangerschaft	27

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
15	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	26
16	O71.8	Sonstige näher bezeichnete Verletzungen unter der Geburt	26
17	O99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	24
18	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	24
19	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	23
20	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	21
21	N81.4	Uterovaginalprolaps, nicht näher bezeichnet	21
22	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	20
23	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	20
24	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	19
25	N81.1	Zystozele	19
26	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	17
27	O75.7	Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung	16
28	P59.9	Neugeborenenikterus, nicht näher bezeichnet	15
29	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	15
30	O20.0	Drohender Abort	15

### B-[4].6.3 Kompetenzdiagnosen

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-242	Messung des Hörvermögens - Audiometrie	649
2	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	437

Qualitätsbericht 2016  
{Nardini Klinikum St. Johannis Landstuhl}

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	271
4	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	243
5	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	172
6	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	149
7	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	126
8	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	113
9	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	96
10	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	93
11	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	91
12	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	80
13	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	70
14	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	66
15	5-683.02	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovarektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert	60
16	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	49
17	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	42
18	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	41
19	5-653.32	Salpingoovarektomie: Salpingoovarektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	40
20	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	39
21	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	37
22	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovarektomie: Vaginal	36
23	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	36
24	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	34

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	33
26	5-690.2	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	31
27	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	30
28	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	28
29	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	28
30	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	27

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	708
2	1-242	Messung des Hörvermögens - Audiometrie	649
3	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	382
4	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	295
5	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	243
6	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	172
7	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	147
8	5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	122
9	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	96
10	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	91

#### B-[4].7.2 Kompetenzprozeduren

### B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ERMÄCHTIGUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116 SGB V BZW. § 31a ABS. 1 ÄRZTE-ZV (BESONDERE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN ODER KENNTNISSE VON KRANKENHAUSÄRZTEN UND KRANKENHAUSÄRZTINNEN)
	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:
	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften

1	ERMÄCHTIGUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116 SGB V BZW. § 31A ABS. 1 ÄRZTE-ZV (BESONDERE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN ODER KENNTNISSE VON KRANKENHAUSÄRZTEN UND KRANKENHAUSÄRZTINNEN)
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
	VG05 - Endoskopische Operationen
	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
	VG07 - Inkontinenzchirurgie
	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
	VG16 - Urogynäkologie
2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
3	PRÄOPERATIVE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Präoperative Untersuchungen und Diagnostik, OP- Aufklärungsgespräche</i>
4	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

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

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

## 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

#### ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	9,17	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 9,17	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär:	9,17
		Fälle je Anzahl:	267,8

#### - DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	4,5		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 4,5	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär:	4,5
		Fälle je Anzahl:	545,8

#### BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

### B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[4].11.2 Pflegepersonal

#### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 33,83

Beschäftigungs-  
verhältnis:

Mit: 33,83

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär: 33,83

Fälle je  
Anzahl: 72,6

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,82

Beschäftigungs-  
verhältnis:

Mit: 0,82

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär: 0,82

Fälle je  
Anzahl: 2995,1

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungs-  
verhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär: 0

Fälle je  
Anzahl: 0,0

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungs-  
verhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär: 0

Fälle je  
Anzahl: 0,0

KRANKENPFLEGEHelfER UND KRANKENPFLEGEHelfERINNEN (AusbILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 3,98

Beschäftigungs-  
verhältnis:

Mit: 3,98

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär: 3,98

Fälle je  
Anzahl: 617,1

PFLEGEHelfER UND PFLEGEHelfERINNEN (AusbILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungs-  
verhältnis:

Mit: 0

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär: 0

Fälle je  
Anzahl: 0,0

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AusbILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 15,29

Beschäftigungs-  
verhältnis:

Mit: 15,29

Ohne: 0

Versorgungsform:

Ambulant: 0

Stationär: 15,29

Fälle je  
Anzahl: 160,6

BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES

Anzahl in Personen: 0

Fälle je Anzahl: 0,0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AusbILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,17

Beschäftigungs-  
verhältnis:

Mit: 1,17

Ohne: 0



Versorgungsform:	Ambulant:	0,59	Stationär:	0,58
	Fälle je Anzahl:			4234,5

#### MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	5,71		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	5,71	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär: 5,71
	Fälle je Anzahl:		430,1

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Still- und Laktationsberatung z. B Still- und Laktationsberater (IBCLC)
3	Qualitätsmanagement

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN			
Gesamt:	0		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär: 0
	Fälle je Anzahl:		0,0

#### KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

#### PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

#### KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

#### PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

#### ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

### B-[5] Intensivmedizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Intensivmedizin
Straße:	Kaiserstrasse
Hausnummer:	14
PLZ:	66482
Ort:	Zweibrücken
URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de">http://www.nardliniklinikum.de</a>

#### B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3600) Intensivmedizin

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

Name/Funktion:	Dr. med. Werner Bleser, Chefarzt Intensiv- und Anästhesiemedizin
Telefon:	06371 842601
Fax:	
E-Mail:	W.Bleser@Nardliniklinikum.de

### B-[5].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Nardinistrasse 30
PLZ/Ort:	66849 Landstuhl
URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/intensivstation/">http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/intensivstation/</a>

### 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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	<p>Chirurgische Intensivmedizin</p> <p><i>Die operative Intensivmedizin beinhaltet die Versorgung von Frischoperierten nach großen Eingriffen, sowie die Weiterbehandlung von Schwerstverletzten nach der Erstversorgung. Je nach Bedarf kommen alle Methoden der modernen operativen Intensivmedizin zur Anwendung.</i></p>
2	<p>Intensivmedizin</p> <p><i>Die internistische Intensivmedizin umfasst das gesamte intensivmedizinische Behandlungsspektrum: - Cardiovasculäre Akuterkrankungen - Neurologische Akuterkrankungen (z.B. Schlaganfall-Behandlung)- Gastroenterologische Notfälle (z.B. Gastrointestinale Blutungen)</i></p>

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

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
2	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
3	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen

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

Vollstationäre Fallzahl:	163
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	20
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	14
3	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	7
4	T42.4	Vergiftung: Benzodiazepine	4
5	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	< 4
6	T63.4	Toxische Wirkung: Gift sonstiger Arthropoden	< 4
7	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	< 4
8	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	< 4
9	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	< 4
10	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	< 4
11	S06.0	Gehirnerschütterung	< 4
12	T43.5	Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Antipsychotika und Neuroleptika	< 4
13	T75.4	Schäden durch elektrischen Strom	< 4
14	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
15	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	< 4
16	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	< 4
17	K63.1	Perforation des Darmes (nichttraumatisch)	< 4
18	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	< 4
19	C16.5	Bösartige Neubildung: Kleine Kurvatur des Magens, nicht näher bezeichnet	< 4
20	A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	< 4
21	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	< 4
22	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	< 4
24	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	< 4
25	R53	Unwohlsein bzw. Ermüdung	< 4
26	K85.20	Alkoholinduzierte akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	< 4
27	F11.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
28	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	< 4
29	I20.0	Instabile Angina pectoris	< 4
30	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	20
2	I21	Akuter Herzinfarkt	16
3	I50	Herzschwäche	10
4	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	8
5	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	5
6	S06	Verletzung des Schädelinneren	4
7	T42	Vergiftung durch Medikamente gegen Krampfanfälle, durch Schlaf- und Beruhigungsmittel bzw. durch Mittel gegen die Parkinson-Krankheit	4
8	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	< 4
9	C16	Magenkrebs	< 4
10	T63	Vergiftung durch Kontakt mit giftigen Tieren	< 4

#### B-[5].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	20
2	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	14
3	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	7

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
4	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	5
5	T42.4	Vergiftung: Benzodiazepine	4
6	I50.1	Linksherzinsuffizienz	< 4
7	T63.4	Toxische Wirkung: Gift sonstiger Arthropoden	< 4
8	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	< 4
9	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	< 4
10	K63.1	Perforation des Darmes (nichttraumatisch)	< 4
11	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	< 4
12	T75.4	Schäden durch elektrischen Strom	< 4
13	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	< 4
14	M00.9	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet	< 4
15	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
16	T43.5	Vergiftung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Antipsychotika und Neuroleptika	< 4
17	S06.0	Gehirnerschütterung	< 4
18	R55	Synkope und Kollaps	< 4
19	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	< 4
20	J93.1	Sonstiger Spontanpneumothorax	< 4
21	J15.0	Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae	< 4
22	I21.2	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	< 4
23	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	< 4
24	F11.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	< 4
25	T38.3	Vergiftung: Insulin und orale blutzuckersenkende Arzneimittel [Antidiabetika]	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
26	K57.2	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	< 4
27	I60.9	Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet	< 4
28	N84.0	Polyp des Corpus uteri	< 4
29	F50.0	Anorexia nervosa	< 4
30	S32.5	Fraktur des Os pubis	< 4

### B-[5].6.3 Kompetenzdiagnosen

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	464
2	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	178
3	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	149
4	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	140
5	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	136
6	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	117
7	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	73
8	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	72
9	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	46
10	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	45
11	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	40
12	8-810.x	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Sonstige	37



Qualitätsbericht 2016  
{Nardini Klinikum St. Johannis Landstuhl}

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
13	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung	29
14	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	28
15	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	25
16	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	24
17	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	22
18	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spalraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	22
19	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	22
20	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	22
21	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	18
22	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	17
23	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	17
24	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	16
25	8-931.1	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Mit kontinuierlicher reflektionspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	13
26	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	12
27	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	11
28	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	10
29	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	10
30	5-896.2g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Fuß	8

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	464
2	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	188
3	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	178
4	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	168
5	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	149
6	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	117
7	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	73
8	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	72
9	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	8
10	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	8

### B-[5].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

## 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

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	8,62	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 8,62	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär:	8,62
		Fälle je Anzahl:	18,9
- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:	6,19		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 6,19	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär:	6,19
		Fälle je Anzahl:	26,3
BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)			
Anzahl in Personen:	0		
Fälle je Anzahl:	0,0		

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

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie

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

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin

## B-[5].11.2 Pflegepersonal

### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39

### GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 19,3

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 19,3 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 19,3  
Fälle je Anzahl: 8,4

### GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

### PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

### KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELPERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,75

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1,75 Ohne: 0

Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	1,75
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	93,1

**PFLEGEHELPER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN**

<b>Gesamt:</b>	0			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

**ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

<b>Gesamt:</b>	0			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	0	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	0
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

**BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES**

<b>Anzahl in Personen:</b>	0
<b>Fälle je Anzahl:</b>	0,0

**OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

<b>Gesamt:</b>	1,17			
Beschäftigungsverhältnis:	<b>Mit:</b>	1,17	<b>Ohne:</b>	0
Versorgungsform:	<b>Ambulant:</b>	0	<b>Stationär:</b>	1,17
			<b>Fälle je Anzahl:</b>	139,3

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Dekubitusmanagement
2	Qualitätsmanagement

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN				
Gesamt:		0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0
KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN				
Gesamt:		0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0
PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN				
Gesamt:		0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

Gesamt:	0			
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	0
---------	---

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 0
		Fälle je Anzahl: 0,0

## B-[6] Anästhesiologie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Anästhesiologie
Straße:	Nardinistrasse
Hausnummer:	40
PLZ:	66849
Ort:	Landstuhl
URL:	<a href="http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/anaesthesiologie/">http://www.nardliniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/anaesthesiologie/</a>

#### B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Name/Funktion:	Dr. med. Werner Bleser, Chefarzt
Telefon:	06371 843600
Fax:	
E-Mail:	W.Bleser@nardiniklinikum.de

#### B-[6].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Nardinistrasse 40
PLZ/Ort:	66849 Landstuhl
URL:	<a href="http://www.nardiniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/anaesthesiologie/">http://www.nardiniklinikum.de/standorte/st-johannis-landstuhl/fachbereiche/anaesthesiologie/</a>



## 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:

Nein

### Getroffene Zielvereinbarungen:

	ERLÄUTERUNGEN
1	Keine.

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Anästhesie <i>Durchführung/Überwachung: Regional- u. Allgemeinanästhesien. Fiberoptische/videoendoskopische Intubationen. Transfusionsmedizin + BlutlaborMonitoring-Überwachung NarkosetiefeUltraschall- u./o. nervnstimulatorgesteuerte Regionalanästhesien + postoperative Schmerzkatheter.</i>
2	("Sonstiges") <i>Apparative Ausstattung: Bronchoskop/Videoendoskop. Der Abteilung stehen modernste Geräte zur Durchführung und Überwachung der Allgemein- und Regionalanästhesie zur Verfügung (Narkosegeräte, Nervenstimulationsgerät, Ultraschallgerät, EEG zur Narkosetiefeüberwachung).</i>

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

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

### B-[6].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

## B-[6].6.3 Kompetenzdiagnosen

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

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

### B-[6].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

## 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

#### ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	8,62	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 8,62	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär:	8,62
		Fälle je Anzahl:	0,0

#### - DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	6,19
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	6,19	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	6,19
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

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

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie
2	Transfusionsmedizin

### B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin

### B-[6].11.2 Pflegepersonal

#### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39

#### GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	21,85		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	21,85	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär: 21,85
			Fälle je Anzahl: 0,0

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELPERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,25

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1,25 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0,63 Stationär: 0,62  
 Fälle je Anzahl: 0,0

**PFLEGEHELPER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

**ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

**BELEGTENBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES**

Anzahl in Personen: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

**OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 1

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 1  
Fälle je Anzahl: 0,0

**MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN**

Gesamt: 0,91

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,91 Ohne: 0

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0,91
			Fälle je	0,0
			Anzahl:	

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Qualitätsmanagement
2	Wundmanagement
3	Dekubitusmanagement

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN				
Gesamt:		0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je	0,0
			Anzahl:	
KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN				
Gesamt:		0		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je	0,0
			Anzahl:	

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHEAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHEAPEUTINNEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHEAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHEAPEUTINNEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

PSYCHOTHEAPEUTEN UND PSYCHOTHEAPEUTINNEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHEAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

ERGOTHEAPEUTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je Anzahl: 0,0

BEWEGUNGSTHEAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHEAPEUTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 0
		Fälle je Anzahl: 0,0

#### SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 0
		Fälle je Anzahl: 0,0

### B-[7] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Straße:	Nardinistrasse
Hausnummer:	30
PLZ:	66849
Ort:	Landstuhl

#### B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Dr. med. Antonio Baker-Schreyer, Belegarzt
Telefon:	06371 4049100
Fax:	
E-Mail:	B.Schaaf@nardiniklinikum.de



### B-[7].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Nardinistrasse 30
PLZ/Ort:	66849 Landstuhl

### 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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
3	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
4	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
6	("Sonstiges") <i>Diagnostik und Therapie atembezogener Schlafstörungen (Schlafapnoe-Syndrom) Diagnostik und Therapie der Lymphsysteme des Halses und Kopfes Diagnostik und Therapie Traumatologie Gesichtsschädel</i>
7	Diagnostik und Therapie von Allergien
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
10	Schwindeldiagnostik/-therapie
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes

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

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
2	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette

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

Vollstationäre Fallzahl:	449
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	103
2	J35.0	Chronische Tonsillitis	61
3	J32.4	Chronische Pansinusitis	51
4	H91.2	Idiopathischer Hörsturz	34
5	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	26
6	J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln	24
7	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	21
8	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	18
9	J35.3	Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel	9
10	H81.9	Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet	8
11	H93.1	Tinnitus aurium	8
12	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	8
13	H68.1	Verschluss der Tuba auditiva	7
14	D38.0	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Larynx	5
15	J38.7	Sonstige Krankheiten des Kehlkopfes	4
16	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	4
17	H65.3	Chronische muköse Otitis media	< 4
18	H93.3	Krankheiten des N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv]	< 4
19	D14.0	Gutartige Neubildung: Mittelohr, Nasenhöhle und Nasennebenhöhlen	< 4
20	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	< 4
21	B27.0	Mononukleose durch Gamma-Herpesviren	< 4
22	J38.3	Sonstige Krankheiten der Stimmlippen	< 4
23	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
24	H72.9	Trommelfellperforation, nicht näher bezeichnet	< 4
25	J32.9	Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet	< 4
26	H60.4	Cholesteatom im äußeren Ohr	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	Q18.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Gesichtes und des Halses	< 4
28	H83.3	Lärmschädigungen des Innenohres	< 4
29	J01.1	Akute Sinusitis frontalis	< 4
30	H71	Eitrige Entzündung des Mittelohrs mit Zerstörung von Knochen und fortschreitender Schwerhörigkeit - Cholesteatom	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	127
2	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	114
3	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	61
4	H91	Sonstiger Hörverlust	35
5	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	24
6	H93	Sonstige Krankheit des Ohres	11
7	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	8
8	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	8
9	H68	Entzündung bzw. Verschluss der Ohrtrumpete	8
10	D38	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	5

#### B-[7].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	J34.2	Nasenseptumdeviation	103
2	J35.0	Chronische Tonsillitis	61
3	J32.4	Chronische Pansinusitis	51
4	H91.2	Idiopathischer Hörsturz	34
5	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	26
6	J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln	24
7	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	21
8	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	18
9	J35.3	Hyperplasie der Gaumenmandeln mit Hyperplasie der Rachenmandel	9

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
10	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	8
11	H93.1	Tinnitus aurium	8
12	H81.9	Störung der Vestibularfunktion, nicht näher bezeichnet	8
13	H68.1	Verschluss der Tuba auditiva	7
14	D38.0	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Larynx	5
15	J38.7	Sonstige Krankheiten des Kehlkopfes	4
16	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	4
17	H65.3	Chronische muköse Otitis media	< 4
18	H93.3	Krankheiten des N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv]	< 4
19	D11.0	Gutartige Neubildung: Parotis	< 4
20	D14.0	Gutartige Neubildung: Mittelohr, Nasenhöhle und Nasennebenhöhlen	< 4
21	J38.3	Sonstige Krankheiten der Stimmlippen	< 4
22	H60.4	Cholesteatom im äußeren Ohr	< 4
23	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
24	B27.0	Mononukleose durch Gamma-Herpesviren	< 4
25	H72.9	Trommelfellperforation, nicht näher bezeichnet	< 4
26	J32.9	Chronische Sinusitis, nicht näher bezeichnet	< 4
27	H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media	< 4
28	D36.9	Gutartige Neubildung an nicht näher bezeichneter Lokalisation	< 4
29	Q67.4	Sonstige angeborene Deformitäten des Schädels, des Gesichtes und des Kiefers	< 4
30	H61.3	Erworbene Stenose des äußeren Gehörganges	< 4

## B-[7].6.3 Kompetenzdiagnosen

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-215.3	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	181
2	5-214.3	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Septumunterfütterung (z.B. bei Ozaena)	154
3	5-224.63	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	136
4	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	62
5	5-221.6	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal	48
6	5-289.01	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln: Destruktion von erkranktem Gewebe: Laserkoagulation	42
7	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	40
8	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	16
9	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	14
10	5-300.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	13
11	5-282.0	Tonsillektomie mit Adenotomie: Mit Dissektionstechnik	11
12	5-209.1	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Operation an der Tuba auditiva	8
13	5-210.4	Operative Behandlung einer Nasenblutung: Ligatur einer Arterie (A. maxillaris oder A. ethmoidalis)	4
14	5-289.1	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln: Operative Blutstillung nach Tonsillektomie	4
15	5-194.1	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Retroaurikulär	3
16	5-224.3	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Ethmoidspheenoidektomie, endonasal	3
17	5-185.0	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangsstenose)	3
18	5-300.5	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Dekortikation einer Stimmlippe, mikrolaryngoskopisch	2
19	5-212.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der inneren Nase mit Midfacedegloving	2
20	5-224.73	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert endonasal und von außen: Mit Darstellung der Schädelbasis	2

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	2
22	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	2
23	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	2
24	8-500	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)	2
25	5-262.11	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, komplett mit Erhalt des N. facialis: Mit intraoperativem Fazialismonitoring	2
26	5-087.1	Dakryozystorhinostomie: Endonasal	2
27	1-422.2	Biopsie ohne Inzision am Pharynx: Nasopharynx	2
28	5-403.02	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Selektiv (funktionell): 3 Regionen	1
29	8-810.d5	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Von-Willebrand-Faktor: 1.000 Einheiten bis unter 2.000 Einheiten	1
30	3-821	Kernspintomographie (MRT) des Halses mit Kontrastmittel	1

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	181
2	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	154
3	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	141
4	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie	63
5	5-221	Operation an der Kieferhöhle	48
6	5-289	Sonstige Operation an Gaumen- bzw. Rachenmandeln	47
7	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	40
8	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	30
9	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	15
10	5-282	Operative Entfernung von Gaumen- und Rachenmandeln	11

## B-[7].7.2 Kompetenzprozeduren

## B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

## 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

#### BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	1
Fälle je Anzahl:	449,0

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

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

#### B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[7].11.2 Pflegepersonal

#### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

0

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND  
KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0

*Pflegekräfte sind allgemein der 4. Etage zugeordnet.*

Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 0
		Fälle je Anzahl: 0,0

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

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

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

**B-[8] Radiologie**

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Radiologie
Straße:	Nardinistrasse
Hausnummer:	40
PLZ:	66849
Ort:	Landstuhl

**B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel**

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3751) Radiologie



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

Name/Funktion:	Dr. med. Anke Doerr, Oberärztin/Konventionelles Röntgen
Telefon:	06332 82 9046
Fax:	
E-Mail:	A.Doerr@nardiniklinikum.de

### B-[8].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Nardinistrasse 40
PLZ/Ort:	66849 Landstuhl

### 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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Konventionelle Röntgenaufnahmen
2	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
3	Computertomographie (CT), nativ
4	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ <i>In Kooperation mit dem MVZ Westpfalz</i>
5	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>In Kooperation mit dem MVZ Westpfalz</i>

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

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
2	Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher und Besucherinnen

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

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

**B-[8].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe**

**B-[8].6.3 Kompetenzdiagnosen**

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

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

**B-[8].7.2 Kompetenzprozeduren**

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

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

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

## **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

#### ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	0	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär:	0
		Fälle je Anzahl:	0,0

#### - DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	0		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär:	0
		Fälle je Anzahl:	0,0

#### BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

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

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Radiologie

### B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[8].11.2 Pflegepersonal

#### MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND  
 KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungs-  
 verhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je  
 Anzahl: 0,0

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND  
 KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungs-  
 verhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je  
 Anzahl: 0,0

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN  
 VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungs-  
 verhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je  
 Anzahl: 0,0

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN  
 VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungs-  
 verhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
 Fälle je  
 Anzahl: 0,0

KRANKENPFLEGEHelfER UND KRANKENPFLEGEHelfERINNEN (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in VOLLKrÄFTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungs-  
verhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je  
Anzahl: 0,0

PflegehelfER UND PflegehelfERINNEN (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in VOLLKrÄFTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungs-  
verhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je  
Anzahl: 0,0

EntbindungspfLEGER UND HeBAMMEN (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in VOLLKrÄFTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungs-  
verhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je  
Anzahl: 0,0

BelegentbindungspfLEGER UND BelegHeBAMMEN in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl in Personen: 0,0

Fälle je Anzahl: 0,0

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in VOLLKrÄFTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungs-  
verhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

#### MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Hygienebeauftragte in der Pflege

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

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN				
Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0
KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN				
Gesamt:	0			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0	Ohne:	0
Versorgungsform:	Ambulant:	0	Stationär:	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHEAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHEAPEUTINNEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHEAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHEAPEUTINNEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

PSYCHOTHEAPEUTEN UND PSYCHOTHEAPEUTINNEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHEAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

ERGOTHEAPEUTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform: Ambulant: 0 Stationär: 0  
Fälle je Anzahl: 0,0

BEWEGUNGSTHEAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHEAPEUTEN

Gesamt: 0

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0 Ohne: 0

Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 0
		Fälle je Anzahl: 0,0
SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN		
Gesamt:	0	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0	Ohne: 0
Versorgungsform:	Ambulant: 0	Stationär: 0
		Fälle je Anzahl: 0,0

## C Qualitätssicherung

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

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

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

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Implantation (09/1)	17	100
2	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Aggregatwechsel (09/2)	10	100
3	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	4	100
4	Karotis- Revaskularisation (10/2)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
5	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/ 1)	224	103,1



	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
6	Geburtshilfe (16/1)	776	99,6
7	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	41	100
8	Mammachirurgie (18/1)	90	93,3
9	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	228	68,4
	<i>Die fehlenden Fälle besitzen allesamt vollständig dokumentierte Datensätze. Die fehlenden Datensätze wurden aufgrund einer seitens der genutzten Software falsch hinterlegten Export e-mail Adresse(xml Daten@bqs-institut.de) nicht regelgerecht exportiert..In der genutzten Software wurden diese Fälle als exportiert dargestellt.</i>		
10	Hüftendoprothesenve (HEP)	444	100
11	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	405	101,5
12	Hüftendoprothesenve Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	45	73,3
13	Knieendoprothesenve (KEP)	242	100,8
14	Knieendoprothesenve Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	209	101,9
15	Knieendoprothesenve Knieendoprothesenw und -komponentenwechsel (KEP_WE)	33	93,9
16	Neonatalogie (NEO)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
17	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	178	102,8

## C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

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

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

1	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem	
	Kennzahl-ID	54140
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	93,75 %
	Vertrauensbereich	71,67 % - 98,89 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	96,9
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	96,77 % - 97,03 %

	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	15
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	16
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
2	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte	
	Kennzahl-ID	54143
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,84
	Referenzbereich	= 10,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,77 % - 0,91 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
3	Dauer der Operation
Kennzahl-ID	52128
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis 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)	82,35 %
Vertrauensbereich	58,97 % - 93,81 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	86,95
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	86,71 % - 87,18 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	17
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnisse rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
4	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden
Kennzahl-ID	52305
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

5	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)	92,73 %
	Vertrauensbereich	82,74 % - 97,14 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	95,5
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	95,42 % - 95,57 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	51
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	55
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
Komplikationen während oder aufgrund der Operation		
Kennzahl-ID	1103	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 18,43 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,8
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,74 % - 0,87 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	17
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
6	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde	
	Kennzahl-ID	52311
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 18,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,32
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,24 % - 1,4 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	17
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

  

7	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51191
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. 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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 13,58 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,07
Referenzbereich	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,13 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,23
Grundgesamtheit	17
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ 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
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	72,25 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	94,62
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	94,28 % - 94,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	10



QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
9	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden
Kennzahl-ID	52307
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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	87,13 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	97,03
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	26

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
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 % - 27,75 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,12
	Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,08 % - 0,19 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0
	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
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.
	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	10
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ 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 % - 48,99 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,72
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,58 % - 0,89 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

  

13	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52315</b>
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch 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	0,98
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,78 % - 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
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	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatoregebnis 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 Indikatoregebnis 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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 74,37 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,31
Referenzbereich	= 9,00 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,14 % - 1,52 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,03
Grundgesamtheit	4

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

15	Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>603</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
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	98,9
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,72 % - 99,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

16	Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>604</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
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.
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	99,69
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	99,56 % - 99,79 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
17	<b>Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes</b>	
	Kennzahl-ID	52240
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	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.
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	6,46
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	4,18 % - 9,87 %

# Qualitätsbericht 2016

## {Nardini Klinikum St. Johannis Landstuhl}

	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
18	Schlaganfall oder Tod während der Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	11704
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,05
	Referenzbereich	= 3,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,97 % - 1,14 %



# Qualitätsbericht 2016 {Nardini Klinikum St. Johannis Landstuhl}

	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
19	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	11724
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	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. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle bei denen -Gehen nur mit Hilfe möglich ist und / oder eine komplette Aphasie vorliegt, -die Patientin/der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder -der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,1
Referenzbereich	= 4,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

20	Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit	
	Kennzahl-ID	51437
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	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.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	97,63
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,03 % - 98,11 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21	Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden	
	Kennzahl-ID	51443
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	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.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	99,41
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,95 % - 99,67 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
22	Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51873
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,9
Referenzbereich	= 2,89 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,79 % - 1,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51865
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle bei denen -Gehen nur mit Hilfe möglich ist und / oder eine komplette Aphasie vorliegt, -die Patientin/der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder -der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a></p>
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,89
	Referenzbereich	= 4,24 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,77 % - 1,04 %
	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
24	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
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 4,69 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,94
Referenzbereich	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,79
Grundgesamtheit	103

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

25	<b>Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüsselochirurgie bei Patientinnen ohne bösartigen Tumor, gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut oder Voroperation im umliegenden Operationsgebiet</b>
----	--

	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51418</b>
	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.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	-
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	0,38
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,33 % - 0,43 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	48
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

26	<b>Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken</b>
----	--

	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>12874</b>
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, 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 % - 9,89 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,33
	Referenzbereich	= 5,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	1,22 % - 1,45 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	35
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
27	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .



RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 15,46 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	11,51
Referenzbereich	= 20,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,03 % - 12,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	21
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

28	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund nach Gewebeuntersuchung
	<p><b>Kennzahl-ID</b> 51907</p> <p><b>Leistungsbereich</b> Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)</p> <p><b>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</b> Nein</p> <p><b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b> 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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	33,33 %
Vertrauensbereich	17,19 % - 54,63 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	15,08
Referenzbereich	= 28,46 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	14,54 % - 15,64 %

	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	21
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
29	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	24,3
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	20,33 % - 28,77 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	612
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, 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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	82,76 %
	Vertrauensbereich	65,45 % - 92,4 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	91,03
	Referenzbereich	>= 79,11 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	90,72 % - 91,33 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	24
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	29
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
31	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)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	3,12
	Referenzbereich	= 6,85 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	3,02 % - 3,23 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

32	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.
	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	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
33	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)	96,74 %
	Vertrauensbereich	93,92 % - 98,28 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	98,72
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,67 % - 98,77 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	267
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	276
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

34	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	1,14
	Vertrauensbereich	1,03 % - 1,25 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,99
	Referenzbereich	= 1,27 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 0,99 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	272
	Erwartete Ereignisse	238,98
	Grundgesamtheit	767
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

35	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	-
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,32
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,23 % - 0,45 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	13
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
36	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)	
	Kennzahl-ID	321
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	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	0,21
	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	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
37	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



	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	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	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
38	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 30,59 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1
	Referenzbereich	= 5,02 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,9 % - 1,12 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,1
	Grundgesamtheit	18
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
39	Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten	
	Kennzahl-ID	318
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

# Qualitätsbericht 2016

## {Nardini Klinikum St. Johannis Landstuhl}

	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.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	96,06
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,82 % - 96,29 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
40	Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand	
	Kennzahl-ID	51803
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	2,02
	Vertrauensbereich	-

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,97
Referenzbereich	= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,99 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	5,93
Grundgesamtheit	746
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

  

41	Schwergradiger Damriss 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	<p>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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	1,22
	Vertrauensbereich	0,59 % - 2,49 %

	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,99
	Referenzbereich	= 2,09 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,96 % - 1,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	5,75
	Grundgesamtheit	452
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
42	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	24,39 %
	Vertrauensbereich	13,83 % - 39,34 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	19,66
	Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	19,34 % - 19,98 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	10
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	41

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
43	<b>Vorbeugende Gabe von Antibiotika</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54031</b>
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)	97,56 %
Vertrauensbereich	87,4 % - 99,57 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,52
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,47 % - 99,58 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	40
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	41
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
44	<b>Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54033</b>
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1
	Referenzbereich	= 2,27 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1,02 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
45	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 10,02 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,83
	Referenzbereich	= 4,30 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,76 % - 0,91 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,35
	Grundgesamtheit	41
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
46	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



<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 12,78 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,92
Referenzbereich	= 3,14 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,83 % - 1,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,27
Grundgesamtheit	41
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert

47	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 7,77 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,87
	Referenzbereich	= 3,72 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,81 % - 0,95 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,45
	Grundgesamtheit	41
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert

48	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 1,5 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,95
	Referenzbereich	= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,92 % - 0,98 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	2,34
	Grundgesamtheit	41
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

49	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	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	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

50	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)	97,01 %
	Vertrauensbereich	89,75 % - 99,18 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	96,34
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	96,21 % - 96,48 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	65
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	67
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
51	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund	
	Kennzahl-ID	52268
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen 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)	10,53 %
	Vertrauensbereich	4,91 % - 21,12 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	13,62
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	13,36 % - 13,89 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	57
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
52	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

	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0,89
	Vertrauensbereich	0,42 % - 1,79 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,99
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	6,74
	Grundgesamtheit	57
	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
53	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

	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	98,52
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,34 % - 98,68 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
54	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	—



	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	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
55	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	4
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

56	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)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	10,34
	Referenzbereich	= 18,39 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	9,53 % - 11,21 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>U32</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
57	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.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	94,44 %
Vertrauensbereich	81,86 % - 98,46 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,44
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,21 % - 95,66 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	34
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	36
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

58	Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51370</b>
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)	13,79 %
Vertrauensbereich	7,16 % - 24,93 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	6,33
Referenzbereich	= 24,15 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	6,14 % - 6,53 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	58
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

59	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	<p>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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	1,16
	Vertrauensbereich	-
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,95
	Referenzbereich	= 1,95 (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,94 % - 0,96 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	44
Erwartete Ereignisse	38,05
Grundgesamtheit	10739
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

60	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52010</b>
	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	10739
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

61	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	85,99 %
	Vertrauensbereich	82,01 % - 89,21 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	96,54
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	96,45 % - 96,63 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	307
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	357
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
62	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	
	Kennzahl-ID	54002
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	72,73 %
	Vertrauensbereich	55,78 % - 84,93 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	93,02
	Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	92,71 % - 93,32 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	24
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	33
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	⬇ verschlechtert
63	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)	9,43 %
Vertrauensbereich	4,1 % - 20,25 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	17,46
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	17,15 % - 17,78 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	53
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

64	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54004</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, 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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	62,41 %
Vertrauensbereich	56,63 % - 67,86 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	92,87
Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,75 % - 92,99 %



	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	176
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	282
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>D50</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
65	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)	99,55 %
	Vertrauensbereich	98,37 % - 99,88 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	99,79
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	99,77 % - 99,81 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	442
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	444
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

66	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 Indikatoregebnis 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 Indikatoregebnis 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	11,53
	Referenzbereich	= 25,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	11,27 % - 11,79 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
67	Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen	
	Kennzahl-ID	54016
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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

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

  

69	<b>Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54018</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
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	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

  

70	Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen
Kennzahl-ID	54019
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,68 %
Vertrauensbereich	0,77 % - 3,62 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	2,37
Referenzbereich	= 8,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,3 % - 2,44 %

FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		6
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		357
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr		<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert

  

71	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	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a>.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	10,19
	Referenzbereich	= 23,95 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	9,83 % - 10,56 %
	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	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus
Kennzahl-ID	54010
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	99,16 %
Vertrauensbereich	97,56 % - 99,71 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	97,98
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,91 % - 98,04 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	354
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	357
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	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Kennzahl-ID	54012
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	1,63
	Vertrauensbereich	0,96 % - 2,75 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,91
	Referenzbereich	= 2,15 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,89 % - 0,93 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	13
	Erwartete Ereignisse	7,96
	Grundgesamtheit	413
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
74	Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben	
	Kennzahl-ID	54013
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein



	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wird für alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesenimplantation die jeweils erwartete Sterbewahrscheinlichkeit berechnet. Unter den verstorbenen Patientinnen und Patienten werden die 10 % mit der geringsten Sterbewahrscheinlichkeit ermittelt und als Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit" festgelegt. Dieser Indikator bezieht sich ausschließlich auf Todesfälle bei diesen Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,2
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>U32</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
75	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

76	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	86,8 %
	Vertrauensbereich	81,36 % - 90,83 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	97,43
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,34 % - 97,51 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	171
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	197
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	62,5 %
	Vertrauensbereich	38,64 % - 81,52 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	94,25
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	93,91 % - 94,57 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	10
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	16
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>D50</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	77 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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	90,32 %
	Vertrauensbereich	75,1 % - 96,65 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	91,02
	Referenzbereich	>= 86,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	90,6 % - 91,43 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	28
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	31
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
78	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)	99,59 %
Vertrauensbereich	97,72 % - 99,93 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,75
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,73 % - 99,77 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	243
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	244
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

79	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus
	<b>Kennzahl-ID</b> 54026 <b>Leistungsbereich</b> Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile <b>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</b> Nein <b>Fachlicher Hinweis IQTIG</b> 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)	95,77 %
Vertrauensbereich	92,17 % - 97,76 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	92,03
Referenzbereich	>= 80,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	91,9 % - 92,16 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	204
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	213

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
80	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
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,72
Referenzbereich	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,67 % - 0,76 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

81	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2005</b>
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, 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)	97,27 %
	Vertrauensbereich	93,76 % - 98,83 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	98,33
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,28 % - 98,37 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	178
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	183
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert
82	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2009</b>
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, 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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	91,18 %
	Vertrauensbereich	85,95 % - 94,58 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	95,74
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,65 % - 95,82 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	155
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	170
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	83 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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	95,65 %
	Vertrauensbereich	79,01 % - 99,23 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	97,3
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,14 % - 97,45 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	22
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	23
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
84	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	86,9 %
	Vertrauensbereich	78,05 % - 92,53 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	93,63
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	93,5 % - 93,76 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	73
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	84
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>D50</b> - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
85	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

# Qualitätsbericht 2016 {Nardini Klinikum St. Johannis Landstuhl}

	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	93,65 %
	Vertrauensbereich	87,97 % - 96,75 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	95,88
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,79 % - 95,97 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	118
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	126
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
86	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

	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: <a href="https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/">https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	1,68
	Vertrauensbereich	1,26 % - 2,19 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1
	Referenzbereich	= 1,56 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	39
	Erwartete Ereignisse	23,23
	Grundgesamtheit	183
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>A42</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ verschlechtert
87	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)	97,24 %
Vertrauensbereich	93,7 % - 98,81 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,32
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,39 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	176
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	181
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert

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

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

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

	LEISTUNGSBEREICH	AUSWAHL
1	Schlaganfall	Ja

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

### 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

	LEISTUNGSBEREICH	MINDESTMENGE	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHRE)	AUSNAHMETATBEST
1	Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	181	

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

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	53
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	46
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	20

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

## D Qualitätsmanagement

### D-1 Qualitätspolitik

## **D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission**

## **D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses**

### **D-1.2.1 Patientenorientierung**

### **D-1.2.2 Verantwortung und Führung**

### **D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung**

### **D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit**

### **D-1.2.5 Prozessorientierung**

### **D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität**

### **D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern**

### **D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess**

## **D-1.3 Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).**

## **D-2 Qualitätsziele**

### **D-2.1 strategische/ operative Ziele**

### **D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung**

**D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung**

**D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**

**D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements**

**D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

**D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements**