

# Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

für das Berichtsjahr 2012

DONAUISAR Klinikum Landau

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 09.07.2014 um 14:02 Uhr erstellt.

DKTIG: <http://www.dktig.de>

ProMaTo: <http://www.netfutura.de>

Platz für das Inhaltsverzeichnis.

# Einleitung

Liebe Leserinnen und Leser,

herzlich willkommen im Namen aller Beschäftigten des DONAUISAR Klinikums Deggendorf-Dingolfing-Landau gKU.

"Gemeinsam mit Kompetenz und Herz" ist unser Leitsatz. Ein nicht nur so dahin gesagtes Wort, denn unser Leistungsangebot umfasst nahezu alle Spektren der modernen Medizin. Dieses wird, soweit möglich, an allen Standorten wohnortnah angeboten. Gleichzeitig bieten Ihnen unsere Mitarbeiter auch eine fürsorgliche Betreuung. Beides soll Ihrer schnellen und nachhaltigen Genesung dienen.

In diesem Qualitätsbericht können Sie sich ausführlich über die Details unserer Leistungen informieren. Falls Sie nicht die gesuchte Information auf Anhieb finden, scheuen Sie sich nicht, direkt mit uns Kontakt aufzunehmen. Ansprechpartner hierfür ist Herr Jürgen Stern (Tel. 0991/380-1116), der den Qualitätsbericht 2012 federführend zusammengestellt hat.

Herzliche Grüße  
Dr. Inge Wolff  
Vorstand

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person:

Name	Position	Telefon	Fax	Email
Jürgen Stern	Qualitätsmanagement und Öffentlichkeitsarbeit	0991 3801116		juergen.stern@donau-isar-klinikum.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person:

Name	Position	Telefon	Fax	Email
Dr. med. Inge Wolff		0991 3801116		vorstand@donau-isar-klinikum.de

Link zur Homepage des Krankenhauses:  
<http://www.donau-isar-klinikum.de/>

## Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### *A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses*

I. Angaben zum Krankenhaus

IK-Nummer des Krankenhauses:

260920207

Standortnummer des Krankenhauses:

00

Hausanschrift:

DONAUISAR Klinikum Landau

Bayerwaldring 17

94405 Landau

Telefon:

09951 / 75 - 1

Fax:

0991 / 75 - 2210

E-Mail:

vorstand@donau-isar-klinikum.de

Ärztliche Leitung des Krankenhauses:

Titel:	Vorname:	Name:	Position:	Telefon (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Fax (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	E-Mail:
Prof. Dr. med.	Matthias	Behrend	Ressortleiter Medizin und Pflege	0991 / 380 - 3001		matthias.behrend@donau-isar-klinikum.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses:

Titel:	Vorname:	Name:	Position:	Telefon (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Fax (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	E-Mail:
		Anja Herzog/Robert Tremel		0991 / 380 - 3507		

Verwaltungsleitung des Krankenhauses:

Titel:	Vorname:	Name:	Position:	Telefon (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Fax (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	E-Mail:
--------	----------	-------	-----------	--	--------------------------------------	---------

Titel:	Vorname:	Name:	Position:	Telefon (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Fax (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	E-Mail:
Dr. med.	Inge	Wolff	Komm. Ressortleiterin Finanzen und Infrastruktur	0991 / 380 - 1103		vorstand@donau- isar-klinikum.de

### ***A-2 Name und Art des Krankenhausträgers***

Name:

Landkreis Dingolfing-Landau, Landkreis Deggendorf

Art:

öffentlich

### ***A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus***

Nein

### ***A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie***

trifft nicht zu / entfällt

### ***A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses***

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP06	Basale Stimulation	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP51	Wundmanagement	
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege	

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

Nr.	Leistungsangebot:	Zusatzangaben:	Kommentar / Erläuterung:
NM67	Andachtsraum		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	z. B. für Moslems	
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	0 EUR pro Tag (max)	
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum		
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	0 EUR pro Stunde 0 EUR pro Tag	
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		
NM07	Rooming-in		
NM17	Rundfunkempfang am Bett	0 EUR pro Tag (max)	
NM42	Seelsorge		
NM18	Telefon am Bett	0,60 EUR pro Tag (max) ins deutsche Festnetz 0,12 EUR pro Minute ins deutsche Festnetz 0 EUR bei eingehenden Anrufen	
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer		
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		

## ***A-7 Aspekte der Barrierefreiheit***

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit:	Kommentar / Erläuterung:
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	

### ***A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses***

8.1 Forschung und akademische Lehre:

8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen:

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen:	Kommentar / Erläuterung:
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin	

### ***A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus***

125 Betten

### ***A-10 Gesamtfallzahlen***

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fallzahl:

5589

Teilstationäre Fallzahl:

0



## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	29,1 Vollkräfte	
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	14 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2 Personen	
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0 Vollkräfte	

### A-11.2 Pflegepersonal

	Ausbildungsdauer	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	3 Jahre	64,3 Vollkräfte	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	3 Jahre	Vollkräfte	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	3 Jahre	Vollkräfte	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	2 Jahre	Vollkräfte	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1 Jahr	Vollkräfte	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	ab 200 Std. Basiskurs	Vollkräfte	
Entbindungspfleger und Hebammen	3 Jahre	Personen	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	3 Jahre	Vollkräfte	

### A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Anzahl (Vollkräfte):	Kommentar/ Erläuterung:
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	1	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Anzahl (Vollkräfte):	Kommentar/ Erläuterung:
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	1	
SP14	Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	1	
SP55	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	19,5	in Rotation mit den anderen Standorten

#### A-11.4 Hygienepersonal

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1 Personen	für das DONAUISAR Klinikum Deggendorf-Dingolfing-Landau gKU
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	2 Personen	
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Fachkindergesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention - "Hygienefachkräfte" (HFK)	5 Personen	für das DONAUISAR Klinikum Deggendorf-Dingolfing-Landau gKU
Hygienebeauftragte in der Pflege	11 Personen	

Eine Hygienekommission wurde eingerichtet:

Ja

Vorsitzende/Vorsitzender:

Dr. Josef Huber

#### ***A-12 Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements***

Titel, Nachname, Vorname, Position:	Telefon (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Fax (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Email:	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort:	Arbeitsschwerpunkte:
Pommerening Mario	0991 380 1119	0991 380 1980	mario.pommerening@donau-isar-klinikum.de		

### ***A-13 Apparative Ausstattung***

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Nein	
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Nein	

### ***A-14 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement***

	Ja/nein	Kommentar/ Erläuterung
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja	
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	Ja	

	Ja/nein	Kommentar/ Erläuterung
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Ja	
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Ja	
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden		
Patientenbefragungen	Ja	
Einweiserbefragungen	Ja	

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement:

Titel:	Vorname:	Name:	Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort:	Telefon (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Fax (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	E-Mail:
	Jürgen	Stern				

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin:

Titel:	Vorname:	Name:	Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort:	Telefon (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Fax (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	E-Mail:
	Josef	Seibl				

Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden:

Titel:	Vorname:	Name:	Telefon (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	Fax (Vorwahl, Rufnummer, Durchwahl):	E-Mail:
	Josef	Seibl			

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

### B-[1] Fachabteilung Allgemeine Chirurgie

#### ***B-[1].1 Name [Allgemeine Chirurgie]***

Allgemeine Chirurgie

Art der Abteilung:

Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

1500

Weitere Fachabteilungsschlüssel:

Nr.	Fachabteilung:
1600	Unfallchirurgie
3757	Visceralchirurgie

Telefon:

09951 / 752237

Fax:

09951 / 752214

E-Mail:

wolfgang.wiesbauer@donauisar-klinikum.de

Internet:

<http://www.kreisklinikum-dingolfing-landau.de>

Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Dr. med.	Wiesbauer, Wolfgang				

#### ***B-[1].2 Medizinische Leistungsangebote [Allgemeine Chirurgie]***

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Allgemeine Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC66	Athroskopische Operationen	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Allgemeine Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
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	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VO15	Fußchirurgie	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VO16	Handchirurgie	
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernung	
VO19	Schulterchirurgie	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	

***B-[1].3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit***

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit:	Kommentar / Erläuterung:
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF24	Diätetische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienst	
BF17	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	

#### ***B-[1].4 Fallzahlen [Allgemeine Chirurgie]***

Vollstationäre Fallzahl:

1694

Teilstationäre Fallzahl:

0

#### ***B-[1].5 Diagnosen nach ICD***

ICD-10-GM-Ziffer:	Anzahl:	Offizielle Bezeichnung:
K40	104	Hernia inguinalis
M54	99	Rückenschmerzen
S72	80	Fraktur des Femurs
M75	63	Schulterläsionen
K80	55	Cholelithiasis
M20	52	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen
K35	47	Akute Appendizitis
L02	46	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel
M16	45	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
M17	45	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]

### ***B-[1].6 Prozeduren nach OPS***

OPS-301 Ziffer:	Anzahl:	Offizielle Bezeichnung:
5-932	134	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
8-915	116	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie
5-530	109	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-788	93	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
5-814	93	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
3-200	85	Native Computertomographie des Schädels
8-191	78	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen
8-930	76	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
5-820	71	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
5-470	70	Appendektomie

### ***B-[1].7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten***

Nr	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. / Leistung	Kommentar / Erläuterung
AM08	Notfallambulanz (24h)			



Nr	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. / Leistung	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

### ***B-[1].8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V***

OPS-Ziffer:	Anzahl:	Offizielle Bezeichnung:
1-650	48	Diagnostische Koloskopie
5-530	5	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-385	< 4	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen
5-394	< 4	Revision einer Blutgefäßoperation
5-452	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
5-534	< 4	Verschluss einer Hernia umbilicalis

### ***B-[1].9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft***

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

Ja

### ***B-[1].10 Personelle Ausstattung***

#### **B-[1].10.1 Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	12,7 Vollkräfte	0,00749	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	4 Vollkräfte	0,00236	

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar/ Erläuterung
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000	

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen):	Kommentar / Erläuterung:
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ07	Gefäßchirurgie	
AQ41	Neurochirurgie	
AQ61	Orthopädie	

Nr.	Zusatz-Weiterbildung:	Kommentar / Erläuterung:
ZF12	Handchirurgie	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF44	Sportmedizin	

#### B-[1].10.2 Pflegepersonal

	Ausbildungsdauer	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	3 Jahre	20,2 Vollkräfte	0,01192	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	3 Jahre	0 Vollkräfte	0,00000	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	3 Jahre	0 Vollkräfte	0,00000	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	2 Jahre	0 Vollkräfte	0,00000	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1 Jahr	0 Vollkräfte	0,00000	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	ab 200 Std. Basiskurs	0 Vollkräfte	0,00000	
Entbindungspfleger und Hebammen	3 Jahre	0 Personen	0,00000	

	Ausbildungsdauer	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar/ Erläuterung
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	3 Jahre	0 Vollkräfte	0,00000	

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ08	Operationsdienst	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP11	Notaufnahme	
ZP16	Wundmanagement	

**B-[1].10.3** Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

keine Angaben

## **B-[2] Fachabteilung Innere Medizin, Akutgeriatrie und geriatrische Frührehabilitation**

### ***B-[2].1 Name [Innere Medizin, Akutgeriatrie und geriatrische Frührehabilitation]***

Innere Medizin, Akutgeriatrie und geriatrische Frührehabilitation

Art der Abteilung:

Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

0100

Weitere Fachabteilungsschlüssel:

Nr.	Fachabteilung:
0300	Kardiologie
0400	Nephrologie
0690	Endokrinologie A
0700	Gastroenterologie
0790	Gastroenterologie A
2800	Neurologie
3750	Angiologie

Telefon:

09951 / 752234

Fax:

09951 / 753261

E-Mail:

[peter.kolbinger@donau-isar-klinikum.de](mailto:peter.kolbinger@donau-isar-klinikum.de)

Internet:

<http://www.donau-isar-klinikum.de>

Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Dr. med.	Kolbinger, Peter				

### ***B-[2].2 Medizinische Leistungsangebote [Innere Medizin, Akutgeriatrie und geriatrische Frührehabilitation]***

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin, Akutgeriatrie und geriatrische Frührehabilitation	Kommentar / Erläuterung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin, Akutgeriatrie und geriatrische Frührehabilitation	Kommentar / Erläuterung
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VI35	Endoskopie	
VI38	Palliativmedizin	
VI40	Schmerztherapie	
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	

***B-[2].3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit***

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit:	Kommentar / Erläuterung:
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF24	Diätetische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienst	
BF17	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergroße, elektrisch verstellbar)	
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	

### ***B-[2].4 Fallzahlen [Innere Medizin, Akutgeriatrie und geriatrische Frührehabilitation]***

Vollstationäre Fallzahl:

2471

Teilstationäre Fallzahl:

0

### ***B-[2].5 Diagnosen nach ICD***

ICD-10-GM-Ziffer:	Anzahl:	Offizielle Bezeichnung:
A41	110	Sonstige Sepsis
I50	109	Herzinsuffizienz
I10	106	Essentielle (primäre) Hypertonie
R55	101	Synkope und Kollaps
J18	80	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet

ICD-10-GM-Ziffer:	Anzahl:	Offizielle Bezeichnung:
I48	71	Vorhofflattern und Vorhofflimmern
R07	67	Hals- und Brustschmerzen
F10	62	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
J20	60	Akute Bronchitis
K29	55	Gastritis und Duodenitis

### ***B-[2].6 Prozeduren nach OPS***

OPS-301 Ziffer:	Anzahl:	Offizielle Bezeichnung:
8-930	572	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
1-632	356	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
3-200	355	Native Computertomographie des Schädels
1-440	217	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
3-222	142	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
1-650	125	Diagnostische Koloskopie
8-800	120	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8-390	114	Lagerungsbehandlung
3-225	107	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
9-200	107	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen

### ***B-[2].7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten***

Nr	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. / Leistung	Kommentar / Erläuterung
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM07	Privatambulanz			

### ***B-[2].8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V***

OPS-Ziffer:	Anzahl:	Offizielle Bezeichnung:
5-378	4	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators

**B-[2].9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**  
nicht vorhanden

**B-[2].10 Personelle Ausstattung**

**B-[2].10.1 Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	12,9 Vollkräfte	0,00522	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	4 Vollkräfte	0,00161	Die Abteilung für Innere Medizin am Krankenhaus Landau verfügt über die volle Weiterbildungsermächtigung für den Facharzt Innere Medizin. Außerdem liegt eine Weiterbildungsermächtigung von 3 Jahren für den Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin vor.
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen):	Kommentar / Erläuterung:
AQ23	Innere Medizin	
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie	

Nr.	Zusatz-Weiterbildung:	Kommentar / Erläuterung:
ZF07	Diabetologie	



Nr.	Zusatz-Weiterbildung:	Kommentar / Erläuterung:
ZF09	Geriatric	
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF30	Palliativmedizin	

## B-[2].10.2 Pflegepersonal

	Ausbildungsdauer	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	3 Jahre	20,7 Vollkräfte	0,00837	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	3 Jahre	0 Vollkräfte	0,00000	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	3 Jahre	0 Vollkräfte	0,00000	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	2 Jahre	0 Vollkräfte	0,00000	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1 Jahr	1,7 Vollkräfte	0,00068	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	ab 200 Std. Basiskurs	0 Vollkräfte	0,00000	
Entbindungspfleger und Hebammen	3 Jahre	0 Personen	0,00000	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	3 Jahre	0 Vollkräfte	0,00000	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP03	Diabetes	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP11	Notaufnahme	
ZP12	Praxisanleitung	

### B-[2].10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

keine Angaben

## **B-[3] Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

### ***B-[3].1 Name [Frauenheilkunde und Geburtshilfe]***

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Art der Abteilung:

Belegabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

2400

Telefon:

09951 / 752228

Fax:

09951 / 752214

E-Mail:

info@donau-isar-klinikum.de

Internet:

<http://www.donau-isar-klinikum.de>

Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
	N.N.				

### ***B-[3].2 Medizinische Leistungsangebote [Frauenheilkunde und Geburtshilfe]***

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Kommentar / Erläuterung
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	
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Kommentar / Erläuterung
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VG12	Geburtshilfliche Operationen	
VC71	Notfallmedizin	
VC58	Spezialsprechstunde	

### ***B-[3].3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit***

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit:	Kommentar / Erläuterung:
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF24	Diätetische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienst	
BF17	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit:	Kommentar / Erläuterung:
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	

### ***B-[3].4 Fallzahlen [Frauenheilkunde und Geburtshilfe]***

Vollstationäre Fallzahl:

1045

Teilstationäre Fallzahl:

0

### ***B-[3].5 Diagnosen nach ICD***

ICD-10-GM-Ziffer:	Anzahl:	Offizielle Bezeichnung:
Z38	194	Lebendgeborene nach dem Geburtsort
N70	69	Salpingitis und Oophoritis
O82	62	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]
D25	46	Leiomyom des Uterus
N81	46	Genitalprolaps bei der Frau
N83	46	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri
O60	38	Vorzeitige Wehen und Entbindung
O62	37	Abnorme Wehentätigkeit
O42	34	Vorzeitiger Blasensprung
O20	26	Blutung in der Frühschwangerschaft

### ***B-[3].6 Prozeduren nach OPS***

OPS-301 Ziffer:	Anzahl:	Offizielle Bezeichnung:
9-262	257	Postpartale Versorgung des Neugeborenen
5-738	115	Episiotomie und Naht
5-741	87	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal
3-05d	81	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane
5-690	76	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]

OPS-301 Ziffer:	Anzahl:	Offizielle Bezeichnung:
5-704	65	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik
1-208	62	Registrierung evozierter Potentiale
5-469	59	Andere Operationen am Darm
5-683	58	Uterusexstirpation [Hysterektomie]
5-651	50	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe

### ***B-[3].7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten***

trifft nicht zu / entfällt

### ***B-[3].8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V***

OPS-Ziffer:	Anzahl:	Offizielle Bezeichnung:
5-751	< 4	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]

### ***B-[3].9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft***

nicht vorhanden

### ***B-[3].10 Personelle Ausstattung***

#### **B-[3].10.1 Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0 Vollkräfte	0,00000	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	0 Vollkräfte	0,00000	

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar/ Erläuterung
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2 Personen	0,00191	

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen):	Kommentar / Erläuterung:
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	

### B-[3].10.2 Pflegepersonal

	Ausbildungsdauer	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	3 Jahre	6,6 Vollkräfte	0,00631	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	3 Jahre	4,7 Vollkräfte	0,00449	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	3 Jahre	0 Vollkräfte	0,00000	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	2 Jahre	0 Vollkräfte	0,00000	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1 Jahr	1 Vollkräfte	0,00095	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	ab 200 Std. Basiskurs	0 Vollkräfte	0,00000	
Entbindungspfleger und Hebammen	3 Jahre	0 Personen	0,00000	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	3 Jahre	0 Vollkräfte	0,00000	

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ08	Operationsdienst	

**B-[3].10.3** Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

keine Angaben



## **B-[4] Fachabteilung Urologie**

### ***B-[4].1 Name [Urologie]***

Urologie

Art der Abteilung:

Belegabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

2200

Telefon:

09951 / 751

Fax:

09951 / 75224

E-Mail:

werner.sturm@donauislar-klinikum.de

Internet:

<http://www.kreisklinikum-dingolfing-landau.de>

Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
	Prof. Dr. Werner Sturm, Dr. med. Hubertus von Wallenberg-Pachaly				

### ***B-[4].2 Medizinische Leistungsangebote [Urologie]***

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie	Kommentar / Erläuterung
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	

### ***B-[4].3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit***

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit:	Kommentar / Erläuterung:
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF24	Diätetische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienst	
BF17	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter	
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	

### ***B-[4].4 Fallzahlen [Urologie]***

Vollstationäre Fallzahl:

379

Teilstationäre Fallzahl:

### ***B-[4].5 Diagnosen nach ICD***

ICD-10-GM-Ziffer:	Anzahl:	Offizielle Bezeichnung:
N40	58	Prostatahyperplasie
N20	55	Nieren- und Ureterstein
N23	47	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik
C67	35	Bösartige Neubildung der Harnblase
N13	30	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie
C61	22	Bösartige Neubildung der Prostata
N32	17	Sonstige Krankheiten der Harnblase
N39	13	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
N43	11	Hydrozele und Spermatozele
R33	10	Harnverhaltung

### ***B-[4].6 Prozeduren nach OPS***

OPS-301 Ziffer:	Anzahl:	Offizielle Bezeichnung:
8-132	146	Manipulationen an der Harnblase
1-661	137	Diagnostische Urethrozystoskopie
5-601	65	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe
5-573	45	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
5-572	35	Zystostomie
3-13d	26	Urographie
5-585	26	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra
8-541	22	Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren
8-800	19	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8-137	18	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]

## ***B-[4].7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten***

trifft nicht zu / entfällt

## ***B-[4].8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V***

OPS-Ziffer:	Anzahl:	Offizielle Bezeichnung:
5-640	21	Operationen am Präputium
8-137	12	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
5-611	11	Operation einer Hydrocele testis
1-661	< 4	Diagnostische Urethrozystoskopie
5-530	< 4	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-624	< 4	Orchidopexie
5-630	< 4	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici
5-631	< 4	Exzision im Bereich der Epididymis
5-633	< 4	Epididymektomie

## ***B-[4].9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft***

nicht vorhanden

## ***B-[4].10 Personelle Ausstattung***

### **B-[4].10.1** Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0 Vollkräfte	0,00000	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	0 Vollkräfte	0,00000	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	2 Personen	0,00527	Die Belegabteilung Urologie wird von zwei Fachärzten für Urologie geführt: Prof. Dr. W. Sturm und Dr. H. von Wallenberg-Pachaly

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen):	Kommentar / Erläuterung:
AQ60	Urologie	

## B-[4].10.2 Pflegepersonal

	Ausbildungsdauer	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	3 Jahre	4,2 Vollkräfte	0,01108	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	3 Jahre	0 Vollkräfte	0,00000	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	3 Jahre	0 Vollkräfte	0,00000	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	2 Jahre	0 Vollkräfte	0,00000	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1 Jahr	0 Vollkräfte	0,00000	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	ab 200 Std. Basiskurs	0 Vollkräfte	0,00000	
Entbindungspfleger und Hebammen	3 Jahre	0 Personen	0,00000	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	3 Jahre	0 Vollkräfte	0,00000	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ08	Operationsdienst	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP11	Notaufnahme	
ZP12	Praxisanleitung	

**B-[4].10.3** Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

keine Angaben

## **B-[5] Fachabteilung Institut für Anästhesie und Intensivmedizin**

### ***B-[5].1 Name [Institut für Anästhesie und Intensivmedizin]***

Institut für Anästhesie und Intensivmedizin

Art der Abteilung:

Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

3690

Telefon:

0991 / 3803050

Fax:

0991 / 3803050

E-Mail:

ulrich.schroek@donau-isar-klinikum.de

Internet:

<http://www.donau-isar-klinikum.de>

Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Dr. med.	Schroek, Ulrich		ulrich.schroek@donau-isar-klinikum.de		

### ***B-[5].2 Medizinische Leistungsangebote [Institut für Anästhesie und Intensivmedizin]***

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Institut für Anästhesie und Intensivmedizin	Kommentar / Erläuterung
VI20	Intensivmedizin	
VI40	Schmerztherapie	
VA17	Spezialsprechstunde	

### ***B-[5].3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit***

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit:	Kommentar / Erläuterung:
BF24	Diätetische Angebote	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit:	Kommentar / Erläuterung:
BF25	Dolmetscherdienst	
BF17	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	

#### ***B-[5].4 Fallzahlen [Institut für Anästhesie und Intensivmedizin]***

Vollstationäre Fallzahl:

0

Teilstationäre Fallzahl:

0

#### ***B-[5].5 Diagnosen nach ICD***

trifft nicht zu / entfällt

#### ***B-[5].6 Prozeduren nach OPS***

trifft nicht zu / entfällt

#### ***B-[5].7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten***



Nr	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. / Leistung	Kommentar / Erläuterung
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V			

### ***B-[5].8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V***

trifft nicht zu / entfällt

### ***B-[5].9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft***

nicht vorhanden

### ***B-[5].10 Personelle Ausstattung***

#### **B-[5].10.1 Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	4 Vollkräfte		
davon Fachärzte und Fachärztinnen	4 Vollkräfte		
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen		

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen):	Kommentar / Erläuterung:
AQ01	Anästhesiologie	

Nr.	Zusatz-Weiterbildung:	Kommentar / Erläuterung:
ZF15	Intensivmedizin	

Nr.	Zusatz-Weiterbildung:	Kommentar / Erläuterung:
ZF28	Notfallmedizin	
ZF44	Sportmedizin	

## B-[5].10.2 Pflegepersonal

	Ausbildungsdauer	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	3 Jahre	9,6 Vollkräfte		Intensivstation
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	3 Jahre	0 Vollkräfte		
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	3 Jahre	0 Vollkräfte		
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	2 Jahre	0 Vollkräfte		
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1 Jahr	0 Vollkräfte		
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	ab 200 Std. Basiskurs	0 Vollkräfte		
Entbindungspfleger und Hebammen	3 Jahre	0 Personen		
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	3 Jahre	0 Vollkräfte		

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP12	Praxisanleitung	

## B-[5].10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

keine Angaben

## **B-[6] Fachabteilung Institut für Laborimusdiagnostik und Transfusionsmedizin**

### ***B-[6].1 Name [Institut für Laborimusdiagnostik und Transfusionsmedizin]***

Institut für Laborimusdiagnostik und Transfusionsmedizin

Art der Abteilung:

Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Fachabteilungsschlüssel:

3792

Telefon:

0991 / 3803880

Fax:

0991 / 3803880

E-Mail:

huber@donau-isar-klinikum.de

Internet:

<http://www.donau-isar-klinikum.de>

Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
	Huber				

### ***B-[6].2 Medizinische Leistungsangebote [Institut für Laborimusdiagnostik und Transfusionsmedizin]***

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Institut für Laborimusdiagnostik und Transfusionsmedizin	Kommentar / Erläuterung
VX00	Laboratoriumsmedizin	Die Laboratoriumsmedizin ist ein interdisziplinäres, angewandtes Fachgebiet, das mit mehr als 2000 Untersuchungsmethoden einen wichtigen Beitrag zur Erkennung von Krankheiten, Beurteilung ihrer Schwere und Einschätzung des Behandlungserfolges. 2012 wurden 1.546.339 Laboruntersuchungen durchgeführt.
VI42	Transfusionsmedizin	

### ***B-[6].3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit***

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit:	Kommentar / Erläuterung:
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF24	Diätetische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienst	
BF17	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	

### ***B-[6].4 Fallzahlen [Institut für Laborimusdiagnostik und Transfusionsmedizin]***

Vollstationäre Fallzahl:

0

Teilstationäre Fallzahl:

0

### ***B-[6].5 Diagnosen nach ICD***

trifft nicht zu / entfällt

### ***B-[6].6 Prozeduren nach OPS***

trifft nicht zu / entfällt

### ***B-[6].7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten***

trifft nicht zu / entfällt

### ***B-[6].8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V***

trifft nicht zu / entfällt

### ***B-[6].9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft***

nicht vorhanden

### ***B-[6].10 Personelle Ausstattung***

#### **B-[6].10.1 Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	2 Vollkräfte		
davon Fachärzte und Fachärztinnen	2 Vollkräfte		
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen		

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen):	Kommentar / Erläuterung:
AQ38	Laboratoriumsmedizin	
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
AQ59	Transfusionsmedizin	

## B-[6].10.2 Pflegepersonal

	Ausbildungsdauer	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	3 Jahre	Vollkräfte		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	3 Jahre	Vollkräfte		
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	3 Jahre	Vollkräfte		
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	2 Jahre	Vollkräfte		
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1 Jahr	Vollkräfte		
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	ab 200 Std. Basiskurs	Vollkräfte		
Entbindungspfleger und Hebammen	3 Jahre	Personen		
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	3 Jahre	Vollkräfte		

## B-[6].10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

keine Angaben

## **B-[7] Fachabteilung OP-Management**

### ***B-[7].1 Name [OP-Management]***

OP-Management  
Art der Abteilung:  
Hauptabteilung  
Fachabteilungsschlüssel:  
0100

Telefon:  
0991 / 3803371  
Fax:  
0991 / 3803371  
E-Mail:  
wenig@doanu-isar-klinikum.de  
Internet:  
<http://donau-isar-klinikum.de>

Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Dr.	Hau, Ralf	OP-Manager			

### ***B-[7].2 Medizinische Leistungsangebote [OP-Management]***

trifft nicht zu / entfällt

### ***B-[7].3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit***

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit:	Kommentar / Erläuterung:
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF24	Diätetische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienst	
BF17	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	



Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit:	Kommentar / Erläuterung:
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	

#### ***B-[7].4 Fallzahlen [OP-Management]***

Vollstationäre Fallzahl:

0

Teilstationäre Fallzahl:

0

#### ***B-[7].5 Diagnosen nach ICD***

trifft nicht zu / entfällt

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

trifft nicht zu / entfällt

#### ***B-[7].7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten***

trifft nicht zu / entfällt

### ***B-[7].8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V***

trifft nicht zu / entfällt

### ***B-[7].9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft***

nicht vorhanden

### ***B-[7].10 Personelle Ausstattung***

#### **B-[7].10.1 Ärzte und Ärztinnen**

	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	1 Vollkräfte		für das DONAUISAR Klinikum Deggendorf-Dingolfing-Landau gKU
davon Fachärzte und Fachärztinnen	1 Vollkräfte		
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen		

#### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen):	Kommentar / Erläuterung:
AQ01	Anästhesiologie	

Nr.	Zusatz-Weiterbildung:	Kommentar / Erläuterung:
ZF28	Notfallmedizin	

#### **B-[7].10.2 Pflegepersonal**

	Ausbildungsdauer	Anzahl	Anzahl je Fall	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	3 Jahre	12,5 Vollkräfte		OP-Pflege und Anästhesie
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	3 Jahre	Vollkräfte		
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	3 Jahre	Vollkräfte		
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	2 Jahre	Vollkräfte		
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	1 Jahr	Vollkräfte		
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	ab 200 Std. Basiskurs	Vollkräfte		
Entbindungspfleger und Hebammen	3 Jahre	Personen		
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	3 Jahre	Vollkräfte		

### B-[7].10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

keine Angaben

## Teil C - Qualitätssicherung

### *C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V*

#### C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für: [keine Angabe] (z. B. Krankenhaus, Standort, Betriebsstätte, Fachabteilung/ Organisationseinheit)

Leistungsbereich:	Fallzahl:	Dokumentationsrate in %:	Kommentar / Erläuterung:
Ambulant erworbene Pneumonie	82	65,9	
Cholezystektomie	64	96,9	
Geburtshilfe	269	94,8	
Gynäkologische Operationen	157	98,7	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	< 4		
Herzschrittmacher-Implantation	14	57,1	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	< 4		
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	42	100,0	
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	6	83,3	
Hüftgelenknahe Femurfraktur	58	98,3	
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	< 4		
Karotis-Rekonstruktion	< 4		
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	< 4		
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	29	96,6	
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	8	62,5	
Mammachirurgie	< 4		
Pflege: Dekubitusprophylaxe	523	100,0	

#### C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [keine Angabe] (z. B. Standort, Betriebsstätte, Fachabteilung/Organisationseinheit)

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Messung des Sauerstoffgehalt s im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)	mäßig	94,4	N02	51 / 54	- 96,90 nicht definiert	84,9 / 98,1		
Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Messung des Sauerstoffgehalt s im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	mäßig	94,4	H20	51 / 54	- 96,80 ≥ 95,0 % (Zielbereich)	84,9 / 98,1		
Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Sterblichkeit während des Krankenhausauf enthalts bei Patienten mit niedrigem Risiko	schwach	0,0	R10	0 / 6	- 1,80 ≤ 4,8 % (90. Perzentil, Toleranz- bereich)	0,0 / 39,0		
Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Sterblichkeit während des Krankenhausauf enthalts	gut	<4	R10	<4	- 8,70 ≤ 14,4 % (90. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Sterblichkeit während des Krankenhausauf- enthalts bei Patienten mit hohem Risiko	mäßig	<4	R10	<4	- 25,30 ≤ 40,9 % (90. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4		
Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Sterblichkeit während des Krankenhausauf- enthalts bei Patienten mit mittlerem Risiko	gut	<4	R10	<4	- 9,20 ≤ 15,2 % (90. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4		
Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Messung des Sauerstoffgehalt s im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)	schwach	<4	N01	<4	- 93,60 nicht definiert	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus	gut	96,2	H20	50 / 52	- 91,20 ≥ 98,0 % (Zielbereich)	87,0 / 98,9		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage	mäßig	86,5	U32	32 / 37	- 97,90 >= 95,0 % (Zielbereich)	72,0 / 94,1		
Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme	gut	79,2	H20	19 / 24	- 91,20 >= 80,5 % (10. Perzentil, Toleranz- bereich)	59,5 / 90,8		
Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme	schwach	80,0	H20	4 / 5	- 95,60 >= 90,2 % (10. Perzentil, Toleranz- bereich)	37,6 / 96,4		
Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	gut	82,9	H20	34 / 41	- 94,30 >= 90,0 % (Zielbereich)	68,7 / 91,5		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Ausreichender Gesundheitszu- stand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung	schwach	100,0	R10	20 / 20	- 98,00 >= 95,0 % (Zielbereich)	83,9 / 100,0		
Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszu- standes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung	gut	87,0	H20	20 / 23	- 91,90 >= 95,0 % (Zielbereich)	67,9 / 95,5		
Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Prüfen der Diagnosestellun- g und Behandlung bei Patienten mit hohem Risiko	schwach	<4	R10	<4	- 98,00 >= 95,0 % (Zielbereich)	<4		
Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Prüfen der Diagnosestellun- g und Behandlung bei Patienten mit mittlerem Risiko	schwach	100,0	R10	8 / 8	- 96,70 >= 95,0 % (Zielbereich)	67,6 / 100,0		



(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	Sterblichkeit während des Krankenhausauf- enthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	gut	1,04	N02	8,11 / 7,83	- 0,89 nicht definiert	0,36 / 2,72		
Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	Lageveränderung bzw. Funktionsstörung der fixierenden Metallteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	schwach	3,13	H20	3,51 / 1,12	- 0,92 ≤ 1,76 (Toleranzbereich)	0,86 / 10,64		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Bruch des Oberschenkelkn ochens nahe des Hüftgelenks	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks nach Bruch des Oberschenkelkn ochens – unter Berücksichtigun g der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchsc hnitt	schwach	0,00	R10	0,00 / 0,81	- 0,93 ≤ 5,89 (Toleranz- bereich)	0,00 / 21,61		
Bruch des Oberschenkelkn ochens nahe des Hüftgelenks	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigun g der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchsc hnitt	mäßig	1,18	R10	3,51 / 2,98	- 0,97 ≤ 3,95 (Toleranz- bereich)	0,32 / 4,00		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Bruch des Oberschenkelkn ochens nahe des Hüftgelenks	Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigun g der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchsc hnitt	schwach	0,00	R10	0,00 / 1,13	- 0,91 ≤ 4,33 (Toleranz- bereich)	0,00 / 5,60		
Bruch des Oberschenkelkn ochens nahe des Hüftgelenks	Sterblichkeit während des Krankenhausauf enthaltes bei Versorgung des Bruchs – unter Berücksichtigun g der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchsc hnitt	mäßig	0,49	N02	1,96 / 4,02	- 1,01 nicht definiert	0,09 / 2,57		
Bruch des Oberschenkelkn ochens nahe des Hüftgelenks	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Versorgung des Bruchs mittels künstlichem Hüftgelenk	schwach	100,0	R10	18 / 18	- 99,60 ≥ 95,0 % (Zielbereich)	82,4 / 100,0		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Bruch des Oberschenkelkn ochens nahe des Hüftgelenks	Operation über 48 Stunden nach Bruch des Oberschenkelkn ochens und Aufnahme im Krankenhaus	gut	<4	R10	<4	- 9,50 ≤ 15,0 % (Toleranz- bereich)	<4		
Bruch des Oberschenkelkn ochens nahe des Hüftgelenks	Fehllage bzw. Lageveränderun g der fixierenden Metallteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelkn ochens	schwach	<4	N02	<4	- 1,00 nicht definiert	<4		
Bruch des Oberschenkelkn ochens nahe des Hüftgelenks	Erneute Operation wegen Komplikationen	gut	<4	N02	<4	- 2,90 nicht definiert	<4		
Bruch des Oberschenkelkn ochens nahe des Hüftgelenks	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks	mäßig	0,0	N02	0 / 18	- 0,80 nicht definiert	0,0 / 17,6		
Bruch des Oberschenkelkn ochens nahe des Hüftgelenks	Infektion der Wunde nach Operation	mäßig	0,0	N02	0 / 57	- 1,10 nicht definiert	0,0 / 6,3		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Bruch des Oberschenkelkn ochens nahe des Hüftgelenks	Sterblichkeit während des Krankenhausauf enthaltes bei Patienten mit schwerer Allgemeinerkran- kung (ASA 3)	gut	<4	N02	<4	- 5,20 nicht definiert	<4		
Bruch des Oberschenkelkn ochens nahe des Hüftgelenks	Sterblichkeit während des Krankenhausauf enthaltes bei ansonsten gesunden oder leicht erkrankten Patienten (ASA 1 oder 2)	gut	0,0	R10	0 / 8	- 0,80 Sentinel Event	0,0 / 32,4		
Bruch des Oberschenkelkn ochens nahe des Hüftgelenks	Sterblichkeit während des Krankenhausauf enthaltes bei Versorgung des Bruchs mittels künstlichem Hüftgelenk	gut	<4	R10	<4	- 6,10 <= 13,7 % (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4		
Bruch des Oberschenkelkn ochens nahe des Hüftgelenks	Sterblichkeit während des Krankenhausauf enthaltes bei Versorgung des Bruchs mittels fixierender Metallteile	gut	<4	R10	<4	- 4,70 <= 11,1 % (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmach- ers	Sterblichkeit während des Krankenhausauf- enthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchsc- hnitt	schwach	7,88	U32	12,50 / 1,59	- 1,02 ≤ 4,27 (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	1,41 / 29,69		
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmach- ers	Sterblichkeit während des Krankenhausauf- enthalts	mäßig	<4	N02	<4	- 1,30 nicht definiert	<4		
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmach- ers	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	schwach	<4	U32	<4	- 1,00 ≤ 2,0 % (Toleranz- bereich)	<4		
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmach- ers	Lageveränderun- g der Sonde im Herzvorhof	schwach	0,0	R10	0 / 5	- 0,90 ≤ 3,0 % (Toleranz- bereich)	0,0 / 43,4		
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmach- ers	Beachtung der Leitlinien bei der Auswahl eines Herzschrittmach- ers	mäßig	100,0	R10	8 / 8	- 97,40 ≥ 90,0 % (Zielbereich)	67,6 / 100,0		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmach- ers	Dauer der Operation bis 60 Minuten bei Einkammer- Herzschrittmach- er (sog. VVI- Herzschrittmach- er)	mäßig	<4	N01	<4	- 88,20 >= 60,0 % (Toleranz- bereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat- or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmach- ers	Dauer der Operation bis 90 Minuten bei Zweikammer- Herzschrittmach- er (sog. DDD- Herzschrittmach- er)	gut	80,0	R10	4 / 5	- 92,00 >= 55,0 % (Toleranz- bereich)	37,6 / 96,4		
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmach- ers	Durchleuchtung szeit bis 9 Minuten bei Einkammer- Herzschrittmach- er	gut	<4	N01	<4	- 94,80 >= 75,0 % (Toleranz- bereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat- or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	

(1) Leistungsbereich:	(2) Qualitätsindikator:	(3) Empirisch-statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundesdurchschnitt (9) Referenzbereich (bundesweit)	(10) Vertrauensbereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittachers	Durchleuchtung szeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Herzschrittacher	mäßig	100,0	R10	5 / 5	- 98,10 >= 80,0 % (Toleranzbereich)	56,6 / 100,0		
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittachers	Messen eines ausreichenden Signalauschlages der Schrittmachersonden in den Herzkammern	mäßig	100,0	R10	7 / 7	- 98,90 >= 90,0 % (Zielbereich)	64,6 / 100,0		
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittachers	Beachtung der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittachers	mäßig	100,0	R10	8 / 8	- 96,60 >= 90,0 % (Zielbereich)	67,6 / 100,0		
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittachers	Lageveränderung von Sonden in den Herzkammern	schwach	0,0	R10	0 / 8	- 0,80 ≤ 3,0 % (Toleranzbereich)	0,0 / 32,4		
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittachers	Messen eines ausreichenden Signalauschlages der Schrittmachersonde im Vorhof	gut	80,0	R10	4 / 5	- 92,20 >= 80,0 % (Zielbereich)	37,6 / 96,4		



(1) Leistungsbereich:	(2) Qualitätsindikator:	(3) Empirisch-statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundesdurchschnitt (9) Referenzbereich (bundesweit)	(10) Vertrauensbereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	Infektion der Wunde nach Operation	schwach	0,0	N02	0 / 43	- 0,50 nicht definiert	0,0 / 8,2		
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	Erneute Operation wegen Komplikationen	mäßig	<4	N02	<4	- 1,60 nicht definiert	<4		
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts	mäßig	0,0	R10	0 / 43	- 0,20 Sentinel Event	0,0 / 8,2		
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	mäßig	0,00	R10	0,00 / 0,94	- 1,04 ≤ 2,16 (Toleranzbereich)	0,00 / 8,71		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	schwach	0,00	R10	0,00 / 0,32	- 1,09 ≤ 16,97 (Toleranz- bereich)	0,00 / 25,54		
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	mäßig	0,00	R10	0,00 / 0,68	- 0,88 ≤ 5,71 (Toleranz- bereich)	0,00 / 12,05		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	mäßig	1,17	R10	2,33 / 1,98	- 0,96 ≤ 5,56 (Toleranz- bereich)	0,21 / 6,08		
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	Sterblichkeit während des Krankenhausauf- enthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	schwach	0,00	N02	0,00 / 0,27	- 0,99 nicht definiert	0,00 / 30,33		
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks	schwach	0,0	N02	0 / 43	- 0,30 nicht definiert	0,0 / 8,2		
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation	gut	100,0	R10	43 / 43	- 99,70 ≥ 95,0 % (Zielbereich)	91,8 / 100,0		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	Fehllage bzw. Lageveränderun- g des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelkn- ochens	schwach	0,0	N02	0 / 43	- 1,00 nicht definiert	0,0 / 8,2		
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks anhand bestimmter Kriterien	gut	100,0	R10	43 / 43	- 94,50 >= 90,0 % (Zielbereich)	91,8 / 100,0		
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Hüftgelenks	mäßig	100,0	R10	43 / 43	- 96,80 >= 95,0 % (Zielbereich)	91,8 / 100,0		
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	Ausreichende Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks bei Entlassung	gut	96,3	R10	26 / 27	- 90,40 >= 80,0 % (Zielbereich)	81,7 / 99,3		
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation	schwach	100,0	R10	28 / 28	- 99,60 >= 95,0 % (Zielbereich)	87,9 / 100,0		
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	Sterblichkeit während des Krankenhausauf- enthalts	schwach	0,0	R10	0 / 28	- 0,10 Sentinel Event	0,0 / 12,1		

(1) Leistungsbereich:	(2) Qualitätsindikator:	(3) Empirisch-statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundesdurchschnitt (9) Referenzbereich (bundesweit)	(10) Vertrauensbereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks	gut	96,4	R10	27 / 28	- 98,30 >= 90,0 % (Zielbereich)	82,3 / 99,4		
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien	gut	100,0	R10	28 / 28	- 96,10 >= 90,0 % (Zielbereich)	87,9 / 100,0		
Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	schwach	0,00	N02	0,00 / 0,09	- 0,86 nicht definiert	0,00 / 137,88		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmußtö- rungen	Durchleuchtung szeit bis 60 Minuten bei CRT- Schockgeber	schwach	<4	N01	<4	- 97,30 ≥ 90,0 % (Toleranz- bereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmußtö- rungen	Durchleuchtung szeit bis 18 Minuten bei Zweikammer- Schockgeber (sog. VDD- oder DDD- Schockgeber)	mäßig	<4	N01	<4	- 93,80 ≥ 80,0 % (Toleranz- bereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmußtö- rungen	Lageveränderun- g oder Funktionsstörun- g der Sonde im Vorhof	schwach	<4	N01	<4	- 0,50 ≤ 2,7 % (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmußtö- rungen	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	schwach	<4	R10	<4	- 1,10 ≤ 4,4 % (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4		
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmußtö- rungen	Messen eines ausreichenden Signalausschlag s der Schockgeberso- nde in der Herzkammer während der Operation	schwach	<4	R10	<4	- 99,70 ≥ 95,0 % (Zielbereich)	<4		
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmußtö- rungen	Messen eines ausreichenden Signalausschlag s der Schockgeberso- nde im Vorhof während der Operation	schwach	<4	N01	<4	- 99,60 ≥ 95,0 % (Zielbereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat- or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmußtö- rungen	Sterblichkeit während des Krankenhausauf- enthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchsc- hnitt	schwach	0,00	R10	0,00 / 0,92	- 0,81 ≤ 5,25 (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	0,00 / 85,96		
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmußtö- rungen	Lageveränderun- g oder Funktionsstörun- g der Sonde in der Herzkammer	schwach	<4	R10	<4	- 0,50 ≤ 3,1 % (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4		
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmußtö- rungen	Sterblichkeit während des Krankenhausauf- enthalts	schwach	<4	N02	<4	- 0,50 nicht definiert	<4		



(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmußtö- rungen	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers	gut	<4	R10	<4	- 92,80 ≥ 90,0 % (Zielbereich)	<4		
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmußtö- rungen	Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers	gut	<4	R10	<4	- 89,60 ≥ 90,0 % (Zielbereich)	<4		
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmußtö- rungen	Dauer der Operation bis 75 Minuten bei Einkammer- Schockgeber (sog. VVI- Schockgeber)	mäßig	<4	R10	<4	- 91,40 ≥ 60,0 % (Toleranz- bereich)	<4		

(1) Leistungsbereich:	(2) Qualitätsindikator:	(3) Empirisch-statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundesdurchschnitt (9) Referenzbereich (bundesweit)	(10) Vertrauensbereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmußtörungen	Dauer der Operation bis 105 Minuten bei Zweikammer-Schockgeber (sog. VDD- oder DDD-Schockgeber)	mäßig	<4	N01	<4	- 89,30 >= 55,0 % (Toleranzbereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmußtörungen	Dauer der Operation bis 240 Minuten bei CRT-Schockgeber	schwach	<4	N01	<4	- 98,70 >= 90,0 % (Toleranzbereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmußtörungen	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Schockgeber (sog. VVI-Schockgeber)	mäßig	<4	R10	<4	- 94,30 >= 75,0 % (Toleranzbereich)	<4		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Gallenblasenent- fernung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase	mäßig	<4	N02	<4	- 2,40 nicht definiert	<4		
Gallenblasenent- fernung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase mittels Bauchspiegelun- g (Laparoskopie)	schwach	<4	N02	<4	- 1,20 nicht definiert	<4		
Gallenblasenent- fernung	Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengan- gs nach Entfernung der Gallenblase	schwach	0,0	R10	0 / 62	- 0,10 Sentinel Event	0,0 / 5,8		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Gallenblasenent- fernung	Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengan- gs nach Entfernung der Gallenblase – unter Berücksichtigun- g der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchsc- hnitt	schwach	0,00	N02	0,00 / 0,07	- 1,19 nicht definiert	0,00 / 82,31		
Gallenblasenent- fernung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase – unter Berücksichtigun- g der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchsc- hnitt	gut	1,74	R10	3,23 / 1,85	- 1,22 ≤ 2,92 (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	0,48 / 5,95		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Gallenblasenent- fernung	Sterblichkeit während des Krankenhausauf- enthalts bei Patienten ohne lebensbedrohlic- he Grunderkrankun- g (ASA 1-3)	schwach	0,0	R10	0 / 62	- 0,10 Sentinel Event	0,0 / 5,8		
Geburtshilfe	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchsc- hnitt	gut	3,04	A41	3,14 / 1,03	- 1,02 ≤ 2,31 (Toleranz- bereich)	1,31 / 6,91		Die Geburtshilfliche Abteilung am DONAUISAR Klinikum Landau wurde Anfang 2013 geschlossen.
Geburtshilfe	Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaisersch- nitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten	gut	<4	N01	<4	- 1,00 Sentinel Event	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat- or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Geburtshilfe	Bestimmung des Säuregehalts im Nabelschnurblut von Neugeborenen	gut	100,0	R10	255 / 255	- 99,10 >= 95,0 % (Zielbereich)	98,5 / 100,0		
Geburtshilfe	übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen	schwach	0,0	N02	0 / 239	- 0,20 nicht definiert	0,0 / 1,6		
Geburtshilfe	Kritischer Zustand des Neugeborenen	schwach	0,0	R10	0 / 239	- 0,00 Sentinel Event	0,0 / 1,6		
Geburtshilfe	Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten	gut	<4	N01	<4	- 95,60 >= 90,0 % (Zielbereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Geburtshilfe	Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausauf enthalt vor Entbindung)	mäßig	<4	N01	<4	- 95,70 >= 95,0 % (Zielbereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Geburtshilfe	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts		100,0	R10	84 / 84	- 95,50 >= 90,0 % (Zielbereich)	95,6 / 100,0		
Geburtshilfe	Schwergradiger Damriss bei Spontangeburt	schwach	3,1	N02	5 / 159	- 1,30 nicht definiert	1,4 / 7,1		
Geburtshilfe	Schwergradiger Damriss bei Spontangeburt ohne Dammschnitt	schwach	<4	N02	<4	- 1,00 nicht definiert	<4		
Gynäkologische Operationen	Operation am Muttermund (sog. Konisation) ohne bösartigen Befund	mäßig	<4	R10	<4	- 3,50 ≤ 13,4 % (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4		
Gynäkologische Operationen	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersu- chung	gut	92,1	R10	35 / 38	- 90,50 ≥ 75,8 % (5. Perzentil, Toleranz- bereich)	79,2 / 97,3		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Gynäkologische Operationen	Organverletzun- gen bei Entfernung der Gebärmutter ohne bestehende Risiken (Tumor, Endometriose, frühere Operationen)	schwach	0,0	R10	0 / 31	- 0,80 ≤ 3,3 % (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	0,0 / 11,0		
Gynäkologische Operationen	Organverletzun- gen bei Entfernung der Gebärmutter	mäßig	0,0	R10	0 / 76	- 1,40 ≤ 3,8 % (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	0,0 / 4,8		
Gynäkologische Operationen	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Entfernung der Gebärmutter	gut	100,0	R10	76 / 76	- 96,40 ≥ 90,0 % (Zielbereich)	95,2 / 100,0		
Gynäkologische Operationen	Fehlende Gewebeuntersu- chung nach Operation an den Eierstöcken	schwach	0,0	R10	0 / 25	- 1,60 ≤ 5,0 % (Zielbereich)	0,0 / 13,3		
Gynäkologische Operationen	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersu- chung	gut	<4	H20	<4	- 13,60 ≤ 20,0 % (Toleranz- bereich)	<4		



(1) Leistungsbereich:	(2) Qualitätsindikator:	(3) Empirisch-statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundesdurchschnitt (9) Referenzbereich (bundesweit)	(10) Vertrauensbereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Gynäkologische Operationen	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation am Muttermund (sog. Konisation)	schwach	<4	R10	<4	- 0,70 ≤ 5,0 % (Zielbereich)	<4		
Gynäkologische Operationen	Entfernung der Gebärmutter ohne bösartigen Befund nach Gewebeuntersuchung bei jüngeren Patientinnen	mäßig	<4	H20	<4	- 2,30 ≤ 2,5 % (Toleranzbereich)	<4		
Operation an der Brust	Sicherung der Diagnose vor Operation eines nicht tastbaren Brustkrebses	gut	<4	N01	<4	- 94,10 ≥ 70,0 % (Zielbereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	

(1) Leistungsbereich:	(2) Qualitätsindikator:	(3) Empirisch-statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundesdurchschnitt (9) Referenzbereich (bundesweit)	(10) Vertrauensbereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Operation an der Brust	Untersuchung des entfernten Gewebes mittels Röntgen während der Operation	mäßig	<4	N01	<4	- 97,10 ≥ 95,0 % (Zielbereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Operation an der Brust	Sicherung der Diagnose vor Operation eines tastbaren Brustkrebses	gut	<4	N01	<4	- 96,60 ≥ 90,0 % (Zielbereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Operation an der Brust	Angabe des Sicherheitsabstands zum gesunden Gewebe bei Erhaltung der Brust	gut	<4	N01	<4	- 98,20 ≥ 95,0 % (Zielbereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Operation an der Brust	Brusterhaltende Operation im frühen Brustkrebssstadi- um (sog. pT1)	gut	<4	N01	<4	- 83,70 >= 71,3 % bis ≤ 95,3 % (5. Perzentil bis 95. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat- or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Operation an der Brust	Angabe des Sicherheitsabst- ands zum gesunden Gewebe bei Entfernung der Brust	gut	<4	N01	<4	- 96,90 >= 95,0 % (Zielbereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat- or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschriftmach- ers	Messen eines ausreichenden Signalausschlag- s der Schrittmacherso- nde im Vorhof während der Operation	schwach	<4	N01	<4	- 98,80 >= 95,0 % (Zielbereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat- or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	

(1) Leistungsbereich:	(2) Qualitätsindikator:	(3) Empirisch-statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundesdurchschnitt (9) Referenzbereich (bundesweit)	(10) Vertrauensbereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	Anpassen der Vorhofsonde zum Erreichen eines ausreichenden Signalausschlags (mindestens 1,5 mV)	schwach	<4	N01	<4	- 92,70 ≥ 80,0 % (Zielbereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schrittmachersonde in der Herzkammer während der Operation	schwach	<4	R10	<4	- 99,10 ≥ 95,0 % (Zielbereich)	<4		
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	Anpassen der Herzkammersonde zum Erreichen eines ausreichenden Signalausschlags (mindestens 4 mV)	schwach	<4	R10	<4	- 98,70 ≥ 90,0 % (Zielbereich)	<4		
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation	schwach	<4	R10	<4	- 99,20 ≥ 95,0 % (Zielbereich)	<4		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschriltmach ers	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation	schwach	<4	N01	<4	- 98,50 ≥ 95,0 % (Zielbereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäß e (mittels Herzkatheter)	Strahlenbelastu ng bei Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäß e (sog. Einzeitig-PCI mit Flächendosispr odukt über 8.000 cGy*cm <sup>2</sup> )	gut	<4	N01	<4	- 24,40 ≤ 51,9 % (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäß e (mittels Herzkatheter)	Dauer der Durchleuchtung (Zentralwert) mit Röntgenstrahle n bei einer Herzkatheterunt ersuchung	gut	<4	R10	<4	- 3,00 ≤ 5,0 min (Toleranz- bereich)	<4		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäß- e (mittels Herzkatheter)	Sterblichkeit während des Krankenhausauf- enthalts bei alleiniger Herzkatheterunt- ersuchung – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchsc- hnitt	gut	0,00	R10	0,00 / 1,47	- 1,04 ≤ 2,71 (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	0,00 / 29,60		
Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäß- e (mittels Herzkatheter)	Häufig notwendige Eingriffe nach Herzkatheterunt- ersuchung	gut	<4	N01	<4	- 40,10 ≤ 56,1 % (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat- or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäß- e (mittels Herzkatheter)	Sterblichkeit während des Krankenhausauf- enthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäß- e (sog. PCI) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchsc- hnitt	gut	<4	N01	<4	- 1,06 ≤ 2,40 (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat- or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäß- e (mittels Herzkatheter)	Sterblichkeit während des Krankenhausauf- enthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäß- e (sog. PCI)	gut	<4	N01	<4	- 2,70 nicht definiert	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat- or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	

(1) Leistungsbereich:	(2) Qualitätsindikator:	(3) Empirisch-statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundesdurchschnitt (9) Referenzbereich (bundesweit)	(10) Vertrauensbereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung	gut	0,0	N02	0 / 5	- 1,10 nicht definiert	0,0 / 43,4		
Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	Entscheidung zur Herzkatheteruntersuchung aufgrund von Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße	gut	<4	N01	<4	- 92,40 ≥ 80,0 % (Toleranzbereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	Dauer der Durchleuchtung (Zentralwert) mit Röntgenstrahlen bei Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI)	gut	<4	N01	<4	- 9,00 ≤ 12,0 min (Toleranzbereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	



(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße in Bezug auf alle durchgeführten Aufdehnungen (sog. PCI)	gut	<4	N01	<4	- 94,40 >= 85,0 % (Toleranz- bereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt innerhalb von 24 Stunden nach Diagnose (sog. PCI)	gut	<4	N01	<4	- 94,50 >= 85,0 % (Toleranz- bereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	Entscheidung zur Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) ohne Beschwerden oder ohne messbare Durchblutungsstö- rungen	gut	<4	N01	<4	- 4,00 ≤ 10,0 % (Toleranz- bereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäß- e (mittels Herzkatheter)	Selten notwendige Eingriffe nach Herzkatheterunt- ersuchung	gut	<4	N01	<4	- 40,10 >= 23,8 % (5. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat- or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäß- e (mittels Herzkatheter)	Strahlenbelastu- ng bei einer Aufdehnung der Herzkranzgefäß- e (sog. PCI mit Flächendosispr- odukt über 6.000 cGy*cm <sup>2</sup> )	gut	<4	N01	<4	- 29,70 <= 61,9 % (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat- or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäß- e (mittels Herzkatheter)	Strahlenbelastu- ng bei einer Herzkatheterunt- ersuchung (Flächendosispr- odukt über 3.500 cGy*cm <sup>2</sup> )	gut	0,0	R10	0 / 5	- 26,40 <= 51,1 % (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	0,0 / 43,4		

(1) Leistungsbereich:	(2) Qualitätsindikator:	(3) Empirisch-statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundesdurchschnitt (9) Referenzbereich (bundesweit)	(10) Vertrauensbereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Vorbeugung eines Druckgeschwürs	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt		0,73	R10	0,41 / 0,56	- 0,96 ≤ 2,70 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,04 / 1,48		
Vorbeugung eines Druckgeschwürs	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts	gut	1,2	N02	6 / 493	- 0,90 nicht definiert	0,4 / 2,7		
Vorbeugung eines Druckgeschwürs	Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausaufenthalts	schwach	0,0	R10	0 / 493	- 0,00 Sentinel Event	0,0 / 0,8		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Vorbeugung eines Druckgeschwürs	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 1 bis 4) während des Krankenhausauf- enthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt		1,37	R10	1,22 / 0,89	- 0,94 ≤ 2,44 (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	0,44 / 2,65		
Vorbeugung eines Druckgeschwürs	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausauf- enthalts	mäßig	<4	N02	<4	- 0,60 nicht definiert	<4		
Vorbeugung eines Druckgeschwürs	Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausauf- enthalts, bei Patienten ohne besondere Risiken	schwach	0,0	N02	0 / 416	- 0,00 nicht definiert	0,0 / 0,9		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Wechsel des Herzschrittmach- ers (ohne Eingriff an den Sonden)	Messen eines ausreichenden Signalausschlag s der Herzkammerso- nden während der Operation	schwach	<4	R10	<4	- 96,80 >= 87,5 % (5. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4		
Wechsel des Herzschrittmach- ers (ohne Eingriff an den Sonden)	Kontrollieren der Herzkammerso- nden während der Operation	mäßig	<4	R10	<4	- 96,80 >= 85,0 % (5. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4		
Wechsel des Herzschrittmach- ers (ohne Eingriff an den Sonden)	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation	mäßig	<4	R10	<4	- 94,70 >= 77,3 % (5. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4		
Wechsel des Herzschrittmach- ers (ohne Eingriff an den Sonden)	Messen eines ausreichenden Signalausschlag s der Vorhofsonde während der Operation	mäßig	<4	R10	<4	- 96,20 >= 87,3 % (5. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4		
Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	Entscheidung zum Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks anhand bestimmter Kriterien	mäßig	100,0	R10	5 / 5	- 94,90 >= 86,2 % (5. Perzentil, Toleranz- bereich)	56,6 / 100,0		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation	schwach	100,0	R10	5 / 5	- 99,60 ≥ 95,0 % (Zielbereich)	56,6 / 100,0		
Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	Fehllage bzw. Lageveränderun- g des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelkn- ochens	mäßig	0,0	N02	0 / 5	- 2,00 nicht definiert	0,0 / 43,4		
Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks	schwach	0,0	N02	0 / 5	- 1,80 nicht definiert	0,0 / 43,4		
Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	Infektion der Wunde nach Operation	schwach	<4	N02	<4	- 3,20 nicht definiert	<4		
Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	Erneute Operation wegen Komplikationen	mäßig	<4	N02	<4	- 6,30 nicht definiert	<4		
Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	Sterblichkeit während des Krankenhausauf- enthalts	schwach	0,0	R10	0 / 5	- 1,60 Sentinel Event	0,0 / 43,4		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	mäßig	0,00	R10	0,00 / 1,21	- 1,07 ≤ 1,04 (Toleranzbereich)	0,00 / 35,91		
Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	mäßig	0,00	R10	0,00 / 2,67	- 0,96 ≤ 5,23 (Toleranzbereich)	0,00 / 16,28		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigun g der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchsc hnitt	mäßig	3,61	N02	40,00 / 11,09	- 0,90 nicht definiert	1,06 / 6,94		
Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigun g der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchsc hnitt	mäßig	1,53	R10	20,00 / 13,09	- 0,96 ≤ 2,52 (Toleranz- bereich)	0,28 / 4,77		



(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	mäßig	0,00	N02	0,00 / 1,37	- 1,05 nicht definiert	0,00 / 31,67		
Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	schwach	0,00	N02	0,00 / 0,37	- 1,29 nicht definiert	0,00 / 212,15		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	mäßig	0,00	R10	0,00 / 76,83	- 1,06 ≤ 3,76 (Toleranz- bereich)	0,00 / 1,03		
Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	Sterblichkeit während des Krankenhausauf- enthalts	schwach	<4	R10	<4	- 0,40 Sentinel Event	<4		
Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	Entscheidung zum Wechsel eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien	schwach	<4	R10	<4	- 94,60 ≥ 85,8 % (5. Perzentil, Toleranz- bereich)	<4		
Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	Infektion der Wunde nach Operation	schwach	<4	N02	<4	- 1,70 nicht definiert	<4		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation	schwach	<4	R10	<4	- 99,60 >= 95,0 % (Zielbereich)	<4		
Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	Erneute Operation wegen Komplikationen	schwach	<4	N02	<4	- 3,60 nicht definiert	<4		
Wiederherstellu ng eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halßschlagader	Entscheidung zur Operation bei einer um 50% verengten Halßschlagader und Beschwerden	mäßig	<4	R10	<4	- 98,30 >= 90,0 % (Zielbereich)	<4		
Wiederherstellu ng eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halßschlagader	Entscheidung zur Operation bei einer um 60% verengten Halßschlagader und Beschwerdefrei heit	mäßig	<4	N01	<4	- 97,20 >= 85,0 % (Zielbereich)	<4	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikat or kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Wiederherstellu ng eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halßschlagader	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchsc hnitt	schwach	0,00	R10	0,00 / 0,67	- 0,99 ≤ 3,62 (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	0,00 / 118,43		
Wiederherstellu ng eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halßschlagader	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation	schwach	<4	N02	<4	- 1,30 nicht definiert	<4		
Wiederherstellu ng eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halßschlagader	Schlaganfall oder Tod nach Operation	mäßig	<4	N02	<4	- 2,30 nicht definiert	<4		

(1) Leistungs- bereich:	(2) Qualitäts- indikator:	(3) Empirisch- statistische Bewertung	(4) Ergebnis:	(5) Bew. durch Strukt. Dialog:	(6) Zähler/ Nenner:	(7) Entwicklung Ergebnis des Struktur. Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr (8) Bundes- durchschnitt (9) Referenz- bereich (bundesweit)	(10) Vertrauens- bereich:	(11) Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:	(12) Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses:
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halßschlagader	Schlaganfall oder Tod während der Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	schwach	0,00	R10	0,00 / 1,57	- 1,02 ≤ 2,91 (95. Perzentil, Toleranz- bereich)	0,00 / 50,57		

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

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

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

trifft nicht zu / entfällt

### ***C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung***

trifft nicht zu / entfällt

### ***C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V***

trifft nicht zu / entfällt

### ***C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")***

### ***C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V***

		Anzahl
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen	12 Personen
2.	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	10 Personen
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben** [Zähler von Nr. 2]	8 Personen

\* 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" in der Fassung vom 19.03.2009 (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de))

\*\* Hat eine fortbildungsverpflichtete Person zum Ende des für sie maßgeblichen Fünfjahreszeitraums ein Fortbildungszertifikat nicht vorgelegt, kann sie die gebotene Fortbildung binnen eines folgenden Zeitraumes von höchstens zwei Jahren nachholen.