

# Strukturierter Qualitätsbericht

für das Berichtsjahr 2017 | Marienkrankenhaus Kaiserswerth  
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V



# INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort .....	1
Einleitung .....	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	2
A-0 Fachabteilungen .....	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers .....	8
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	8
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	9
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	9
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	11
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit .....	14
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	15
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	16
A-10 Gesamtfallzahlen .....	16
A-11 Personal des Krankenhauses .....	16
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	18
A-13 Besondere apparative Ausstattung .....	30
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	30
B-[1] Klinik für Geriatrie .....	30
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	30
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	31
B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	31
B-[1].1.3 Weitere Zugänge .....	31
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	31
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	31

B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	31
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	32
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	32
B-[1].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	33
B-[1].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	33
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	34
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	35
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	36
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	36
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	36
B-[1].11	Personelle Ausstattung .....	36
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	36
B-[1].11.2	Pflegepersonal .....	37
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	38
B-[2]	Klinik für Kardiologie .....	38
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	38
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	39
B-[2].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	39
B-[2].1.3	Weitere Zugänge .....	39
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	39
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	39
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	40
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	40
B-[2].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	41
B-[2].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	41
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	43

B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	44
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	45
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	45
B-[2].11	Personelle Ausstattung .....	45
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	45
B-[2].11.2	Pflegepersonal .....	46
B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	47
B-[3]	Klinik für Diagnostische Radiologie .....	47
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	48
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	48
B-[3].1.2	Name des Chefarztes oder der Cheförztn .....	48
B-[3].1.3	Weitere Zugänge .....	48
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	48
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	48
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	49
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	49
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	50
B-[3].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	50
B-[3].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	50
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	50
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	51
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	51
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	52
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	52
B-[3].11	Personelle Ausstattung .....	52
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	52

B-[3].11.2	Pflegepersonal .....	53
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	53
B-[4]	Klinik für Anästhesie MKH .....	53
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	53
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	54
B-[4].1.2	Name des Chefarztes oder der Cheförztn .....	54
B-[4].1.3	Weitere Zugänge .....	54
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	54
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	54
B-[4].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	54
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	54
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	54
B-[4].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	55
B-[4].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	55
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	55
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	55
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	55
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	55
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	55
B-[4].11	Personelle Ausstattung .....	55
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	55
B-[4].11.2	Pflegepersonal .....	56
B-[4].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	57
B-[5]	Klinik für Innere Medizin VKH .....	57
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	57
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	57

B-[5].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	57
B-[5].1.3	Weitere Zugänge .....	58
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	58
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	58
B-[5].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	60
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	60
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	60
B-[5].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	61
B-[5].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	61
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	63
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	64
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	64
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	64
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	65
B-[5].11	Personelle Ausstattung .....	65
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	65
B-[5].11.2	Pflegepersonal .....	66
B-[5].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	67
B-[6]	Klinik für Arthroskopie und Sporttraumatologie .....	67
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	67
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	67
B-[6].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	67
B-[6].1.3	Weitere Zugänge .....	67
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	68
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	68
B-[6].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	68

B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	69
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	69
B-[6].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	70
B-[6].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	70
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	71
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	73
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	73
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	74
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	74
B-[6].11	Personelle Ausstattung .....	74
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	74
B-[6].11.2	Pflegepersonal .....	75
B-[6].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	76
B-[7]	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik .....	76
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	76
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	76
B-[7].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	76
B-[7].1.3	Weitere Zugänge .....	77
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	77
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	77
B-[7].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	77
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	78
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	78
B-[7].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	78
B-[7].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	79
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	80

B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	81
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	82
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	83
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	83
B-[7].11	Personelle Ausstattung .....	83
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	83
B-[7].11.2	Pflegepersonal .....	84
B-[7].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	85
B-[8]	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie .....	85
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	85
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	86
B-[8].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	86
B-[8].1.3	Weitere Zugänge .....	86
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	86
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	86
B-[8].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	88
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	88
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	88
B-[8].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	89
B-[8].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	89
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	90
B-[8].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	92
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	92
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	93
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	93
B-[8].11	Personelle Ausstattung .....	93

B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	93
B-[8].11.2	Pflegepersonal .....	94
B-[8].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	95
B-[9]	Klinik für Orthopädie MKH .....	95
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	95
B-[9].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	95
B-[9].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	96
B-[9].1.3	Weitere Zugänge .....	96
B-[9].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	96
B-[9].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	96
B-[9].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	96
B-[9].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	97
B-[9].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	97
B-[9].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	98
B-[9].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	98
B-[9].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	99
B-[9].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	101
B-[9].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	101
B-[9].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	101
B-[9].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	102
B-[9].11	Personelle Ausstattung .....	102
B-[9].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	102
B-[9].11.2	Pflegepersonal .....	103
B-[9].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	104
B-[10]	Klinik für Anästhesie AKH .....	104
B-[10].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	104

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	104
B-[10].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	105
B-[10].1.3 Weitere Zugänge .....	105
B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	105
B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	105
B-[10].11 Personelle Ausstattung .....	105
B-[10].11.Ärzte und Ärztinnen .....	105
B-[10].11.Pflegepersonal .....	106
B-[10].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	107
B-[11] Klinik für Innere Medizin AKH .....	107
B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	107
B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	107
B-[11].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	107
B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	108
B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	108
B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	108
B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	108
B-[11].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	109
B-[11].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	110
B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	111
B-[11].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	112
B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	113
B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	113
B-[11].11 Personelle Ausstattung .....	113
B-[11].11.Ärzte und Ärztinnen .....	113
B-[11].11.Pflegepersonal .....	114

B-[11].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	115
B-[12] Klinik für Anästhesie VKH .....	115
B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	115
B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	115
B-[12].1.2 Name des Chefarztes oder der Cheförztn .....	115
B-[12].1.3 Weitere Zugänge .....	116
B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	116
B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	116
B-[12].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	116
B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	116
B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	116
B-[12].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	117
B-[12].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	117
B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	117
B-[12].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	117
B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	117
B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	117
B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	117
B-[12].11 Personelle Ausstattung .....	117
B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen .....	117
B-[12].11.2 Pflegepersonal .....	118
B-[12].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	119
B-[13] Klinik für Viszeral-, Minimalinvasive und Onkologische Chirurgie .....	119
B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	119
B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	119
B-[13].1.2 Name des Chefarztes oder der Cheförztn .....	119

B-[13].1.3	Weitere Zugänge .....	120
B-[13].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	120
B-[13].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	120
B-[13].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	120
B-[13].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	121
B-[13].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	121
B-[13].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	122
B-[13].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	122
B-[13].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	123
B-[13].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	125
B-[13].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	125
B-[13].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	126
B-[13].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	126
B-[13].11	Personelle Ausstattung .....	126
B-[13].11	Ärzte und Ärztinnen .....	126
B-[13].11	Pflegepersonal .....	127
B-[13].11	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	128
B-[14]	Klinik für Gefäßchirurgie .....	128
B-[14].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	128
B-[14].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	128
B-[14].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	128
B-[14].1.3	Weitere Zugänge .....	129
B-[14].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	129
B-[14].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	129
B-[14].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	129
B-[14].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	129

B-[14].6.1ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	130
B-[14].6.2ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	131
B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	132
B-[14].7.1OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	133
B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	134
B-[14].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	134
B-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	134
B-[14].11 Personelle Ausstattung .....	135
B-[14].11.Ärzte und Ärztinnen .....	135
B-[14].11.Pflegepersonal .....	135
B-[14].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	136
B-[15] Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und endokrine Chirurgie .....	137
B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	137
B-[15].1.1Fachabteilungsschlüssel .....	137
B-[15].1.2Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	137
B-[15].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	137
B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	138
B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	138
B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	138
B-[15].6.1ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	140
B-[15].6.2ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	140
B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	141
B-[15].7.1OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	143
B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	143
B-[15].11 Personelle Ausstattung .....	143
B-[15].11.Ärzte und Ärztinnen .....	144
B-[15].11.Pflegepersonal .....	144

B-[15].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	145
B-[16] Klinik für Sportorthopädie .....	145
B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	146
B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	146
B-[16].1.2 Name des Chefarztes oder der Cheförztn .....	146
B-[16].1.3 Weitere Zugänge .....	146
B-[16].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	146
B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	146
B-[16].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	147
B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	148
B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	148
B-[16].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	149
B-[16].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	149
B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	150
B-[16].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	152
B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	152
B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	152
B-[16].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	153
B-[16].11 Personelle Ausstattung .....	153
B-[16].11.1 Ärzte und Ärztinnen .....	153
B-[16].11.2 Pflegepersonal .....	154
B-[16].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	154
B-[17] Klinik Wirbelsäule & Schmerz .....	155
B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	155
B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	155
B-[17].1.2 Name des Chefarztes oder der Cheförztn .....	155

B-[17].1.3	Weitere Zugänge .....	155
B-[17].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	155
B-[17].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	155
B-[17].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	156
B-[17].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	156
B-[17].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	156
B-[17].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	157
B-[17].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	157
B-[17].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	159
B-[17].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	160
B-[17].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	161
B-[17].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	161
B-[17].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	161
B-[17].11	Personelle Ausstattung .....	161
B-[17].11	Ärzte und Ärztinnen .....	161
B-[17].11	Pflegepersonal .....	162
B-[17].11	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	163
B-[18]	Klinik für Orthopädie VKH .....	163
B-[18].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	163
B-[18].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	164
B-[18].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	164
B-[18].1.3	Weitere Zugänge .....	164
B-[18].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	164
B-[18].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	164
B-[18].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	166
B-[18].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	166

B-[18].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	166
B-[18].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	167
B-[18].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	167
B-[18].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	168
B-[18].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	170
B-[18].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	170
B-[18].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	171
B-[18].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	171
B-[18].11	Personelle Ausstattung .....	171
B-[18].11	Ärzte und Ärztinnen .....	171
B-[18].11	Pflegepersonal .....	172
B-[18].11	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	173
C	Qualitätssicherung .....	173
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	173
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	319
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	319
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	319
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	319
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.320 2 SGB V .....	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 320 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	

## Vorwort

Ab heute liegt Ihnen der Qualitätsbericht der Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH (KMR) aus dem Jahre 2017 vor.

Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, regelmäßig Fakten und Daten Ihrer Arbeit offen darzulegen. Hier wird das Ziel verfolgt, den Menschen die Möglichkeit zu geben, sich Informationen einzuholen, die ihnen u.a. die Wahl eines Krankenhauses erleichtern sollen.

Wir vermitteln Ihnen ein klares Bild über die Leistung und Qualität .

Seit 2004 lebt die KMR eine konsequente und zielgerichtete Qualitätspolitik, die die Grundlage unseres Qualitätsmanagements ist und in den Folgejahren zu einer durchgängigen Zertifizierung nach der DIN EN ISO 9001 geführt hat.

Unsere Qualitätspolitik fördert und unterstützt die Optimierung von effizienten Untersuchungs-, Behandlungs- und Therapieabläufen bei den zunehmend sehr komplexen Leistungselementen der Krankenversorgung.

Seit 2015 führt die KMR zudem ein Risikomanagement nach gesetzlicher Vorgabe des gemeinsamen Bundesausschusses (g-BA). Wir verfolgen das Ziel, vermeidbare Fehler im Vorfeld auszuschließen, sowie Komplikationen zu verhindern. Dies wird in Form eines Fehlermanagement, sowie dem Critical Incidence Reporting System (CIRS), also dem vorbeugenden Melden von "Beinahe-Fehlern" und weiteren präventiven Maßnahmen umgesetzt.

Die KMR pflegt die Umsetzung der aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse und Entwicklungen bei Diagnostik und Behandlung.

Unsere Basis hierzu ist die persönliche Zuwendung zu Patienten und die daraus resultierende Betreuung.

Wir danken allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich rund um die Uhr einbringen, um eine bestmögliche medizinische, pflegerische und therapeutische Leistung zu erbringen.

## Einleitung

### Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Herr Ass.-jur. Jürgen Braun, Geschäftsführer
Telefon:	0211 9043 601
Fax:	0211 9043 108

E-Mail:	braun@vkkd-kliniken.de
Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Herr Michael Radde, Qualitäts- und Risikomanagement
Telefon:	0211 958 2261
Fax:	0211 958 2704
E-Mail:	radde@vkkd-kliniken.de

### Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	<a href="http://www.vkkd-kliniken.de">http://www.vkkd-kliniken.de</a>

### Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">www.augusta-duesseldorf.de</a>	Umfassende Informationen halten wir für Sie auf unserer Internetseite bereit.
2	<a href="https://www.krankenhaus-elbroich.de/behandlungsangebote/kliniken/tagesklinik/">https://www.krankenhaus-elbroich.de/behandlungsangebote/kliniken/tagesklinik/</a>	Tagesklinik - teilstationäre psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung
3	<a href="http://www.3m-drg.de">www.3m-drg.de</a>	3M Qualitätsbericht, Version 2018.1.0 (Release 18.06.2018)

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

### A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0200	Klinik für Geriatrie
2	Hauptabteilung	0300	Klinik für Kardiologie
3	Nicht-Bettenführend	3751	Klinik für Diagnostische Radiologie
4	Hauptabteilung	3790	Klinik für Anästhesie MKH
5	Hauptabteilung	0100	Klinik für Innere Medizin VKH
6	Hauptabteilung	2309	Klinik für Arthroskopie und Sporttraumatologie
7	Hauptabteilung	2951	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
8	Hauptabteilung	1600	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
9	Hauptabteilung	2300	Klinik für Orthopädie MKH
10	Hauptabteilung	3790	Klinik für Anästhesie AKH
11	Hauptabteilung	0100	Klinik für Innere Medizin AKH
12	Hauptabteilung	3700	Klinik für Anästhesie VKH
13	Hauptabteilung	1500	Klinik für Viszeral-, Minimalinvasive und Onkologische Chirurgie
14	Hauptabteilung	1800	Klinik für Gefäßchirurgie
15	Hauptabteilung	1520	Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und endokrine Chirurgie
16	Hauptabteilung	2315	Klinik für Sportorthopädie
17	Hauptabteilung	2300	Klinik Wirbelsäule & Schmerz
18	Hauptabteilung	2300	Klinik für Orthopädie VKH

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Krankenhaus Mörsenbroich Rath GmbH / Augusta-Krankenhaus
PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
IK-Nummer:	260511805
Standort-Nummer:	99
Krankenhaus-URL:	<a href="http://www.vkkd-kliniken.de">http://www.vkkd-kliniken.de</a>

### A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH / Augusta-Krankenhaus
PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
IK-Nummer:	260511805
Standort-Nummer:	1
E-Mail:	
Standort-URL:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>

Standort-Name:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH / Marienkrankenhaus Kaiserswerth
PLZ:	40489
Ort:	Düsseldorf
Straße:	An St. Swibert
Hausnummer:	17
IK-Nummer:	260511805
Standort-Nummer:	2
E-Mail:	
Standort-URL:	<a href="http://www.marienkrankenhaus-kaiserswerth.de">http://www.marienkrankenhaus-kaiserswerth.de</a>

Standort-Name:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH / Krankenhaus Elbroich
PLZ:	40589
Ort:	Düsseldorf
Straße:	Am Falder
Hausnummer:	6
IK-Nummer:	260511805
Standort-Nummer:	3
E-Mail:	info@krankenhaus-elbroich.de
Standort-URL:	<a href="http://www.vkkd-kliniken.de">http://www.vkkd-kliniken.de</a>

Standort-Name:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH / St. Vinzenz-Krankenhaus
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
Straße:	Schloßstr.
Hausnummer:	85
IK-Nummer:	260511805
Standort-Nummer:	4
E-Mail:	info@vinzenz-duesseldorf.de
Standort-URL:	<a href="https://www.vinzenz-duesseldorf.de/">https://www.vinzenz-duesseldorf.de/</a>

## A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Herr B.A. Holger Goetze-Koch, Pflegedienstleiter Krankenhaus Elbroich
Telefon:	0211 7560 150
Fax:	0211 7560 161
E-Mail:	goetze-koch@vkkd-kliniken.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Frau Monika Remling, Pflegedienstleiterin Marien Krankenhaus Kaiserswerth
Telefon:	0211 9405 150
Fax:	0211 9405 109
E-Mail:	remling@vkkd-kliniken.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Herr Ass.-jur. Jürgen Braun, Geschäftsführer Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH
Telefon:	0211 9043 601
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	braun@vkkd-kliniken.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Herr Christian Kemper, Geschäftsführer KMR
Telefon:	0211 958 2400
Fax:	0211 958 2460
E-Mail:	christian.kemper@vkkd-kliniken.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Frau Monika Remling, Pflegedienstleiterin St. Vinzenz-Krankenhaus
Telefon:	0211 958 2403
Fax:	0211 958 2803
E-Mail:	monika.remling@vkkd-kliniken.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Rolf Gebing, Ärztlicher Direktor St. Vinzenz-Krankenhaus
Telefon:	0211 958 2701
Fax:	0211 958 2024
E-Mail:	gebing@vkkd-kliniken.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Herrn Paul Schneider, Verwaltungsleiter/Prokurist Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH
Telefon:	0211 958 2411
Fax:	0211 958 2460
E-Mail:	paul.schneider@vkkd-kliniken.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
----------	---------------------

Name/Funktion:	Herr Martin Freund, Pflegedienstleiter Augusta Krankenhaus
Telefon:	0211 9043 151
Fax:	0211 9043 142
E-Mail:	freund@vkkd-kliniken.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Theodor Königshausen, Ärztlicher Direktor, Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH
Telefon:	0211 9043 592
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	koenigshausen@vkkd-kliniken.de

### Leitung des Standorts:

Standort:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH / Augusta-Krankenhaus
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Theodor Königshausen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0211 9043 592
Fax:	0211 9043
E-Mail:	koenigshausen@vkkd-kliniken.de

Standort:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH / Augusta-Krankenhaus
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Herr Martin Freund, Pflegedienstleiter
Telefon:	0211 9043 151
Fax:	0211 9043 142
E-Mail:	freund@vkkd-kliniken.de

Standort:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH / Krankenhaus Elbroich
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Theodor Königshausen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0211 9043 592
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	koenigshausen@vkkd-kliniken.de

Standort:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH / Krankenhaus Elbroich
Leitung:	Pflegedienstleitung

Name/Funktion:	Herr B. A. Holger Goetze-Koch, Pflegedienstleiter
Telefon:	0211 7560 150
Fax:	0211 7560 151
E-Mail:	goetze-koch@vkkd-kliniken.de

Standort:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH / Marienkankenhaus Kaiserswerth
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Herr Theodor Königshausen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0211 9043 592
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	koenigshausen@vkkd-kliniken.de

Standort:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH / Marienkankenhaus Kaiserswerth
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Frau Monika Remling, Pflegedienstleiterin
Telefon:	0211 9405 150
Fax:	0211 9405 109
E-Mail:	remling@vkkd-kliniken.de

Standort:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH / St. Vinzenz-Krankenhaus
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Herrn Christian Kemper, Geschäftsführer KMR
Telefon:	0211 958 2400
Fax:	0211 958 2460
E-Mail:	christian.kemper@vkkd-kliniken.de

Standort:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH / Augusta-Krankenhaus
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Herr Ass.-jur. Jürgen Braun, Geschäftsführer
Telefon:	0211 9043 601
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	braun@vkkd-kliniken.de

Standort:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH / St. Vinzenz-Krankenhaus
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Frau Monika Remling, Pflegedienstleiterin
Telefon:	0211 958 2403

Fax:	0211 958 2803
E-Mail:	monika.remling@vkkd-kliniken.de

Standort:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH / Marienkankenhaus Kaiserswerth
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Herr Christian Kemper, Geschäftsführer KMR
Telefon:	0211 958 2400
Fax:	0211 958 2460
E-Mail:	christian.kemper@vkkd-kliniken.de

Standort:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH / Krankenhaus Elbroich
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Herr Christian Kemper, Geschäftsführer KMR
Telefon:	0211 958 2400
Fax:	0211 958 2460
E-Mail:	christian.kemper@vkkd-kliniken.de

Standort:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH / St. Vinzenz-Krankenhaus
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Herr Rolf Gebing, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0211 958 2701
Fax:	0211 958 2024
E-Mail:	gebing@vkkd-kliniken.de

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH
Träger-Art:	freigemeinnützig

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

### Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Akademisches Lehrkrankenhaus

### Name der Universität:

1	Heinrich Heine Universität Düsseldorf
---	---------------------------------------

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale  
Versorgungsverpflichtung?

Nein

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>Familiale Pflege</i>
2	Fußreflexzonenmassage <i>Gezielte Fußreflexzonenmassagen durch qualifizierte Therapeuten.</i>
3	Diät- und Ernährungsberatung <i>Wenn Ihnen eine spezielle Diät verordnet wurde, helfen Ihnen unsere Diätassistentinnen gerne bei der Aufstellung Ihres individuellen Speiseplans.</i>
4	Physikalische Therapie/Bädertherapie <i>Med. Bäder. Patienten mit Funktionsstörungen des Bewegungsapparates werden von Mitarbeitern der Physik. Therapie (Physiotherapeuten, Masseur) über den gesamten stationären Aufenthalt im St. Vinzenz-Krankenhaus begleitet. Ultraschalltherapie, Wärme-(Fango, Heißluft, heiße Rolle) und Kältetherapie.</i>
5	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <i>Der Sozialdienst berät Sie gern, wenn Sie entlassen werden sollen und die häusliche Versorgung ist nicht gesichert.</i>
6	Kinästhetik <i>Die Lehre von der Bewegungsempfindung. Qualifizierte Therapeuten trainieren Sie mit individuell abgestimmten Maßnahmen.</i>
7	Sozialdienst <i>Die jeweilige Stationsleitung oder Pforte (09) stellt gerne den Kontakt zum Sozialdienst für Sie her.</i>
8	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>Verein für Gesundheitssport und Sporttherapie (VGS) (<a href="http://www.vgs.de">www.vgs.de</a>), Prostata-Selbsthilfegruppe Marien Hospital Düsseldorf.</i>
9	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Enge Zusammenarbeit mit dem Westdeutschen-Diabetes-Zentrum (WDGZ)</i>
10	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung <i>Wir beraten Sie u. a. bei Blasenschwäche.</i>
11	Medizinische Fußpflege <i>Bei Bedarf wird ein Kontakt über die Stationen vermittelt.</i>
12	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>Gesundheit, Hilfe und Geborgenheit wollen wir mit einem ganzheitlichen Pflegekonzept erreichen, das durch qualifiziertes und engagiertes Pflegepersonal umgesetzt wird.</i>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
13	Wundmanagement <i>Zertifizierte Wundmanagerinnen werden bei Bedarf hinzugezogen.</i>
14	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>Handlungsfeld. Bewegung wie z. B. Rückengymnastik, Wassergymnastik.</i>
15	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Bluthochdruck-Stammtisch; Ernährungsberatung</i>
16	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Spezielle Veranstaltungen für Patienten und Angehörigen im Internet. Z.B. Beratung zur Sturzprophylaxe.</i>
17	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>Nach der OP beginnt das Team der Physiotherapie mit der krankengymnastischen Nachbehandlung. Qualifizierte Therapeuten trainieren den Patienten mit individuell abgestimmten Maßnahmen. Ziel: die Wiederherstellung der allgemeinen Mobilität. Individuelle Behandlung.</i>
18	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>Die Zeit nach der Entlassung bereiten wir intensiv vor. Hierzu organisiert ein engagiertes Team aus Reha-Management und Sozialdienst bei Bedarf schon frühzeitig weitere Maßnahmen wie Anschlussheilbehandlung, Haushaltshilfe oder Hilfsmittel.</i>
19	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>AB F 003 Umgang mit Tod und Sterben</i>
20	Wärme- und Kälteanwendungen <i>Im Rahmen der Behandlung in der physikalischen Therapie</i>
21	Schmerztherapie/-management <i>Zusätzlich zur postoperativen Schmerztherapie wird auch die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten nach Vereinbarung von der Anästhesieabteilung durchgeführt. Die Behandlungen erfolgen selbstverständlich in enger Kooperation mit niedergelassenen Schmerztherapeuten.</i>
22	Musiktherapie
23	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik <i>Rückenschule im Rahmen der Physiotherapie</i>
24	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung <i>Rehabilitationsberatung findet über den Sozialdienst statt.</i>
25	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung <i>Ein Angebot der stationären und der teilstationären Behandlung.</i>
26	Basale Stimulation <i>Angebot über das Pflegepersonal</i>
27	Bewegungsbad/Wassergymnastik <i>Amb. und stat. Therapiemaßnahmen für Hüft-, Kniegelenk und Wirbelsäulenproblematiken. Präventionsmaßnahmen, wie Wassergymnastik für Herz-Kreislauftraining und Rückengymnastik.</i>
28	Sporttherapie/Bewegungstherapie

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Krankengymnastik</i>
29	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
	<i>Bobath-Therapie für Erwachsene und PNF</i>
30	Manuelle Lymphdrainage
	<i>Die Lymphdrainage ist eine Entstauungstherapie, Prophylaxe durch Kompressionsstrümpfe an Armen oder Beinen bei med. Indikation.</i>
31	Ergotherapie/Arbeitstherapie
32	Massage
	<i>Im Rahmen der Physiotherapie bieten wir die klassische Massage an. Speziell z. B. Bindegewebsmassage und Colonmassage.</i>
33	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
	<i>PNF</i>
34	Traditionelle Chinesische Medizin
	<i>Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Funktionelle Kopf- und Gliederschmerzen, Nervenschmerzen, Erkrankungen der Atemwege</i>
35	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
	<i>Spiegeltherapie</i>
36	Atemgymnastik/-therapie
	<i>Postoperativ und bei internistischen Erkrankungen.</i>
37	Eigenblutspende
	<i>Eigenblutspende ist eine Form der Blutspende, bei welcher der Patient sein Blut für eine spätere Übertragung auf ihn selbst (Eigenbluttransfusion) spendet.</i>
38	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
	<i>Nur manuelle Therapie</i>
39	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
	<i>z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie,</i>
40	Akupunktur
	<i>Traditionelle chinesische Medizin</i>
41	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
	<i>Auch Schlucktherapie.</i>
42	Spezielle Entspannungstherapie
	<i>Autogene Training, Progressive Muskelentspannung, Feldenkrais</i>
43	Biofeedback-Therapie
	<i>Wird über unsere Schmerztagesklinik angeboten.</i>
44	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege
	<i>Vermittlung und Beratung erfolgt durch den Sozialdienst.</i>

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

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer  <i>Während Ihres Aufenthaltes benötigen Sie keine größeren Bargeldsummen. Wir bitten Sie, nichts in dem Schrank neben Ihrem Bett aufzubewahren (Nachtschränkchen!)</i>
2	Rundfunkempfang am Bett  <i>Kosten pro Tag: 0 €</i>  <i>Nicht überall verfügbar.</i>
3	Internetanschluss am Bett/im Zimmer  <i>Kosten pro Tag: 2,5 €</i>  <i>Ihren Laptop können Sie innerhalb des Augusta Krankenhauses benutzen. Wir bitten Sie, auf andere Patienten Rücksicht zu nehmen.</i>
4	Schwimmbad/Bewegungsbad  <i>Therapeutische Bewegungsbäder</i>
5	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle  <i>Vorhanden.</i>
6	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer  <i>Kosten pro Tag: 0 €</i>  <i>Der Fernseher auf den Zimmern steht Ihnen kostenlos zur Verfügung. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Pflegepersonal.</i>
7	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle  <i>Vorhanden.</i>
8	Zwei-Bett-Zimmer  <i>Vorhanden.</i>
9	Ein-Bett-Zimmer  <i>Vorhanden.</i>
10	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)  <i>Die Aufnahme der Begleitperson ist grundsätzlich möglich. Eine vorherige Anmeldung ist wünschenswert.</i>
11	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen  <i>Hinweis kommt vom Sozialdienst.</i>
12	Seelsorge

LEISTUNGSANGEBOT	
	<p><i>Die Krankenhausseelsorge hat Zeit für Sie und Ihre Angehörigen. Zeit für Besuche, Gespräche, Zuhören, Begleiten, Beten oder für gottesdienstliche Feiern. Zum Empfang der heiligen Kommunion oder Krankensalbung oder zur Feier des Abendmahles.</i></p> <p><a href="https://www.vkdd-kliniken.de/vkdd/krankenhaus-seelsorge/?L=0">https://www.vkdd-kliniken.de/vkdd/krankenhaus-seelsorge/?L=0</a></p>
13	<p>Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen</p> <p><i>Bitte informieren Sie sich in der Tagespresse oder auf unserer Internetseite.</i></p> <p><a href="https://www.vkdd-kliniken.de/aktuelles/">https://www.vkdd-kliniken.de/aktuelles/</a></p>
14	<p>Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)</p> <p><i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: z. B. ausgewählte Kost für Moslems</i></p> <p><i>Wenn Ihnen eine spezielle Diät verordnet wurde, helfen Ihnen unsere Diätassistentinnen gerne bei der Aufstellung Ihres individuellen Speiseplans.</i></p>
15	<p>Hotelleistungen</p> <p><i>Eine Unterbringung ist grundsätzlich möglich. Eine vorherige Anmeldung ist unbedingt erforderlich.</i></p>
16	<p>Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen</p> <p><i>Für Ihre persönlichen Belange während Ihres stationären Aufenthaltes bei uns stehen Ihnen die ehrenamtlich tätigen "Rosa Damen" der katholischen Krankenhaushilfe zur Seite.</i></p> <p><a href="https://www.augusta-duesseldorf.de/unser-haus/patienten-besucher/ehrenamt/">https://www.augusta-duesseldorf.de/unser-haus/patienten-besucher/ehrenamt/</a></p>
17	<p>Andachtsraum</p> <p><i>Kapelle St. Josef befindet sich im 3. Stock</i></p>
18	<p>Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen</p> <p><i>Max. Kosten pro Stunde: 1 €                      Max. Kosten pro Tag: 13 €</i></p> <p><i>Einfahrt Parkhaus Tevernstr. Für stationäre Patienten gelten abweichende Gebühren. Personen mit anerkannten Gehbehinderungen parken kostenlos.</i></p>
19	<p>Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum</p> <p><i>Gemeinschafts- und Aufenthaltsräume sind vorhanden. Fragen Sie bitte das Pflegepersonal.</i></p>
20	<p>Telefon am Bett</p>

## LEISTUNGSANGEBOT

*Kosten pro Tag: 1 €  
Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,12 €  
Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €*

21	Abschiedsraum
	<i>Das Pflegepersonal ist gerne bereit Ihnen die Möglichkeit zu geben den Abschiedsraum aufzusuchen.</i>

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT

1	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
2	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung <i>Die Aufzüge haben alle eine Sprachansage.</i>
3	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung <i>Die große und farblich hervorgehobene Beschriftung wird Ihnen helfen die einzelnen Bereiche zu finden.</i>
4	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug <i>Sie können alle Aufzüge vom Rollstuhl aus bedienen.</i>
5	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen <i>Mit dem Rollstuhl können Sie alle Bereiche erreichen.</i>
6	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) <i>Werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
7	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen <i>Vorhanden.</i>
8	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette <i>Vorhanden.</i>
9	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. <i>Vorhanden.</i>
10	Arbeit mit Piktogrammen <i>Selbsterklärende Piktogramme informieren Sie im ganzen Haus.</i>
11	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter <i>Werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
12	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe <i>Werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
13	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
	<i>Werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
14	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße <i>Werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
15	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten <i>Werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
16	Diätetische Angebote <i>Falls Ihnen eine besondere Diät verordnet wurde, unterstützen Sie unsere Diätassistentinnen bei der Auswahl der Speisen.</i>
17	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>türkisch, arabisch, russisch.</i>
18	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus <i>Das Informationsmaterial über das Krankenhaus ist auch in russischer Sprache vorhanden.</i>
19	Besondere personelle Unterstützung <i>Die "Rosa Damen" der Krankenhaushilfe stehen Ihnen gerne während Ihres Aufenthaltes zur Seite.</i>
20	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden <i>"z.B. Raum der Stille / Kapelle</i>
21	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Doktorandenbetreuung
2	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
3	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten <i>PD Dr. W. Nebelung, Universität Magdeburg, PD Dr. R. Steffen, Universität Bochum</i>
4	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) <i>Regelmäßige Studierendenausbildung im Rahmen von Famulaturen.</i>
5	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten <i>Projektbezogene Kooperation bei klinischen Studien mit PD Dr. T. Patzer, Universität Düsseldorf.</i>
6	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher <i>Chirurgische Lehrbuch-2018 Thieme Verlag Chirurgie und Bildgebung. Vortragstätigkeiten.</i>
7	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien

	<b>AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN</b>
	<i>U.a. Leitung der AGA Multicenter Studie "Arthroskopische autologe Rekonstruktion knöcherner Glenoiddefekte durch Korakoidtransfer oder Beckenkammspan bei ventraler Schulterinstabilität - Eine prospektive (nicht- randomisierte) Multicenterstudie", zahlreiche weitere klinische Studien.</i>

## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

	<b>AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN</b>
1	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) und CTA
2	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>Die Einrichtungen des VKKD gehören zu den katholischen Krankenhausträgern aus Düsseldorf, Neuss und Ratingen, die in 2005 eine gemeinsame Krankenpflegeschule gegründet haben. Die St. Elisabeth-Akademie hat zum 01.06.2005 als eigenständige gGmbH ihren Betrieb aufgenommen.</i>
3	Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)
4	Ergotherapeut und Ergotherapeutin
5	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin und CTA
6	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 748

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	21351
Teilstationäre Fallzahl:	161
Ambulante Fallzahl:	46916

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	189,95	189,07	0,88	0,00	189,95
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	104,67	103,79	0,88	0,00	104,67

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	5,73	5,73	0,00	0,00	5,73
- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	4,58	4,58	0,00	0,00	4,58

**Abkürzungen:**

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

## A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	310,18 44,90	305,08 43,90	5,10 1,00	0,00 5,97	310,18 38,93
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,39 0,00	1,39 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	1,39 0,00
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	30,85 0,00	30,55 0,00	0,30 0,00	0,00 0,00	30,85 0,00
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	1,69 0,00	1,69 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	1,69 0,00
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	20,71 2,73	20,71 2,73	0,00 0,00	0,00 0,00	20,71 2,73
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	9,59 1,64	9,59 1,64	0,00 0,00	0,00 0,00	9,59 1,64
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,30 7,55	3,30 7,55	0,00 0,00	0,00 0,00	3,30 7,55
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,22 3,49	4,22 3,49	0,00 0,00	0,00 1,75	4,22 1,74

**Abkürzungen:**

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

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	1,59	1,59	0,00	0,00	1,59

**Abkürzungen:**

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

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diätassistent und Diätassistentin	2,27	2,27	0,00	0,00	2,27
Ergotherapeut und Ergotherapeutin	6,78	6,78	0,00	0,00	6,78
Heilpraktiker und Heilpraktikerin	0,40	0,40	0,00	0,00	0,40
Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	1,43	1,43	0,00	0,00	1,43
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	3,96	3,96	0,00	0,50	3,46
Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	0,75	0,75	0,00	0,00	0,75
Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	14,28	14,28	0,00	0,00	14,28
Musiktherapeut und Musiktherapeutin	0,36	0,36	0,00	0,00	0,36
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	22,10	22,10	0,00	1,50	20,60
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	4,07	4,07	0,00	0,00	4,07
Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	0,73	0,73	0,00	0,00	0,73
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	4,30	4,30	0,00	0,00	4,30
Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	9,29	9,29	0,00	0,75	8,54
Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	11,34	11,34	0,00	0,00	11,34

**Abkürzungen:**

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

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Herr Michael Radde, Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragter
Telefon:	0211 958 2261
Fax:	0211 958 2704
E-Mail:	radde@vkkd-kliniken.de

#### A-12.1.2 Lenkungsremium

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

#### Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Lenkungsgruppe: Geschäftsführung, Ärztliche Direktion, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement CIRS-Team: Verwaltung, Medizin, Pflege
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich
Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Arztdienst, Pflegedienst, Administration - Beschwerde Manager, Qualitätsmanagementbeauftragte, Risikomanagementbeauftragte
Tagungsfrequenz des Gremiums:	halbjährlich

### A-12.2 Klinisches Risikomanagement

#### A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

#### A-12.2.2 Lenkungsremium

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

## Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Lenkungsgruppe: Geschäftsführung, Ärztliche Direktion, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement CIRS-Team: Verwaltung, Medizin, Pflege
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Team-Time-Out Letzte Aktualisierung: 08.10.2013</i>
2	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: S-Schmerzmanagement in der Pflege Letzte Aktualisierung: 17.09.2012</i>
3	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Medikamentenverordnung MEONA Letzte Aktualisierung: 02.02.2017</i>
4	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
5	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA 4 VKH -Transfusion von Blutkomponenten und Plasmaderivaten Letzte Aktualisierung: 26.01.2016</i>
6	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umgang nach Medizinproduktegesetz (MPG) und Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibVer) Letzte Aktualisierung: 11.07.2017</i>
7	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PB - Notfallmanagement Letzte Aktualisierung: 29.11.2016</i>
8	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
9	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Sturzprophylaxe Letzte Aktualisierung: 15.12.2016</i>
10	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
11	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PB-patientenbezogener OP-Ablauf Letzte Aktualisierung: 27.06.2016</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
12	<p>Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: AB A Prozessziel Aufnahme, AB A 002 Regelaufnahmestationärer Patient</i> <i>Letzte Aktualisierung: 02.11.2009</i></p>
13	<p>Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen</p>
14	<p>Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Dekubitusprophylaxe</i> <i>Letzte Aktualisierung: 19.02.2016</i></p>
15	<p>Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: AB N 013 Fixierung, AB N013.1 Anlage DokumentationFixierungen, AB N 013.2Ärztliches Zeugnis über dieNotwendigkeitsfreiheitsseinschränkenderMaßnahmen, AB N 013.3Einverständniserklärung desPatienten</i> <i>zufreiheitsentziehendenMaßnahmen</i> <i>Letzte Aktualisierung: 22.10.2009</i></p>
16	<p>Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA - Qualitäts- und Risikomanagement</i> <i>Letzte Aktualisierung: 11.07.2017</i></p>
17	<p>Entlassungsmanagement</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: AB E Prozessziel Entlassung</i> <i>Letzte Aktualisierung: 02.11.2009</i></p>

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

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

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswegigen Fehlermeldesystems

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

## Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 25.04.2016</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: monatlich</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: halbjährlich</i>

### Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Patientensicherheit: Team-Time-Out

## A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Ja
--	----

### Genutzte Systeme:

	BEZEICHNUNG
1	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
2	CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
3	CIRS NRW (Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

## Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	2 <sup>1)</sup>
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	14
Hygienefachkräfte (HFK)	7
Hygienebeauftragte in der Pflege	29

<sup>1)</sup> 2 Krankenhaustygieniker für 4 Häuser (KMR)

#### A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

#### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Theodor Königshausen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0211 9043 2592
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	koenigshausen@vkkd-kliniken.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

Auswahl:  Ja

#### Der Standard thematisiert insbesondere:

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

#### Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

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

Auswahl:  Ja

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

Auswahl:  Ja

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

Auswahl:  Ja

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION	A
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja

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

### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor:

Auswahl:	Ja
Auswahl:	Trifft nicht zu

### Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

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

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

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

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

## Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl:  Ja

### Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl:  Ja

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	29
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Keine Intensivstation vorhanden
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	91

## Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl:  Ja

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

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

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

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

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten <i>Im Rahmen der jährlichen Audits und Validierung der Geräte</i>
2	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen <i>Monatlich für neue Mitarbeiter, mehrmals jährlich und bei Bedarf</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
3	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen <i>VARIA-KISS</i>
4	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen
5	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Zertifikat Bronze</i>

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

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

### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. <i>VA-Beschwerdemanagement</i>	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung). <i>VA-Beschwerdemanagement</i>	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden. <i>VA-Beschwerdemanagement</i>	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. <i>VA-Beschwerdemanagement</i>	Ja

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
	<i>VA-Beschwerdemanagement</i>	
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden <i>Auf allen Stationen hängen Briefkästen, dort können anonyme Beschwerden eingeworfen werden.</i>	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
	<i>Patientenbefragungen werden kontinuierlich durchgeführt, ausgewertet und im Rahmen von CIRS den Experten zur Bewertung vorgelegt.</i>	
10	Einweiserbefragungen <i>Im Rahmen des Endoprothetik-Zentrums</i>	Ja

### Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Frau Manuela Hagemann, Assistentin der Geschäftsführung
Telefon:	0211 958 2411
Fax:	0211 958 2460
E-Mail:	manuela.hagemann@vkkd-kliniken.de

Name/Funktion:	Herr Michael Radde, Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragter
Telefon:	0211 958 2261
Fax:	0211 958 2704
E-Mail:	radde@vkkd-kliniken.de

### Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Herr Heinrich Brüggemann, Patientenfürsprecher
Telefon:	0211 94050
Fax:	
E-Mail:	info@marienkrankenhaus-kaiserswerth.de

Name/Funktion:	Frau Claudia Gründer, Patientenfürsprecherin
Telefon:	0211 9043 0
Fax:	
E-Mail:	info@augusta-duesseldorf.de

Name/Funktion:	Frau Hildegard Heiligtag, Patientenfürsprecherin
Telefon:	0211 7560 100
Fax:	0211 7560 0
E-Mail:	info@vkkd-kliniken.de

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
<i>Transcranielle Dopplersonographie ist ein Ultraschallmeßgerät der Hirngefäße. Notfalldiagnostik z. B. bei Schlaganfall, unklarer Bewußtlosigkeit, Synkope.</i>			
2	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
3	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
4	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
5	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
<i>Hirnstrommessung</i>			

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1] Klinik für Geriatrie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Geriatrie
Straße:	Am Falder
Hausnummer:	6
PLZ:	40589
Ort:	Düsseldorf

URL: <http://www.vkkd-kliniken.de>

### B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0200) Geriatrie

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

Name/Funktion:	Herr Dr. med. Frank Richert, Chefarzt
Telefon:	0211 7560 201
Fax:	0211 7560 209
E-Mail:	info@vkkd-kliniken.de

### B-[1].1.3 Weitere Zugänge

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Palliativmedizin
	<i>geriatrische Palliativmedizin</i>
2	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen <i>Akut-geriatrischen Erkrankungen</i>
3	Spezialsprechstunde
	<i>Zertifizierte Beratungsstelle der Deutschen Gesellschaft für Kontinenz e.V.</i>

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Arbeit mit Piktogrammen
2	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
3	Besondere personelle Unterstützung

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

Vollstationäre Fallzahl:	690
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	158
2	M96.88	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	63
3	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	24
4	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	24
5	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	15
6	I67.3	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	13
7	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	10
8	S32.1	Fraktur des Os sacrum	10
9	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	8
10	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	8
11	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	7
12	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	7
13	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	7
14	F05.1	Delir bei Demenz	7
15	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	7
16	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	7
17	F05.8	Sonstige Formen des Delirs	6
18	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	6
19	S32.4	Fraktur des Acetabulums	5
20	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	5
21	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	5
22	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	5
23	M48.00	Spinal(kanal)stenose: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	4
24	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	4
26	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	4
27	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	4
28	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	< 4
29	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	< 4
30	S82.88	Frakturen sonstiger Teile der Unterschenkels	< 4

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

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	158
2	M96.8	Elektiv offen belassenes Sternum nach thoraxchirurgischem Eingriff	63
3	S72.0	Schenkelhalsfraktur	26
4	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	25
5	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	24
6	M48.0	Spinal(kanal)stenose	13
7	I67.3	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	13
8	I50.1	Linksherzinsuffizienz	12
9	S22.0	Fraktur eines Brustwirbels	12
10	S32.1	Fraktur des Os sacrum	10
11	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	8
12	G20.1	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung	8
13	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	8
14	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	7
15	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	7

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
16	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	7
17	F05.1	Delir bei Demenz	7
18	F05.8	Sonstige Formen des Delirs	6
19	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	6
20	S82.8	Bimalleolarfraktur	5
21	S22.4	Rippenserienfraktur	5
22	S32.4	Fraktur des Acetabulums	5
23	K57.2	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	5
24	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	5
25	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	5
26	I11.0	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	4
27	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	4
28	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	4
29	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	4
30	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	4

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	467
2	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	231
3	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	145
4	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	141
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	106
6	1-206	Neurographie	62
7	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	60
8	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	54

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	9-200.6	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 130 bis 158 Aufwandspunkte	40
10	9-200.5	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 101 bis 129 Aufwandspunkte	38
11	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	34
12	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	31
13	9-200.7	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 159 bis 187 Aufwandspunkte	26
14	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	25
15	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	23
16	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	22
17	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	16
18	9-200.8	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 188 bis 216 Aufwandspunkte	14
19	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	11
20	9-200.9	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 217 bis 245 Aufwandspunkte	11
21	8-561.2	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Kombinierte funktionsorientierte physikalische Therapie	11
22	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	10
23	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	10
24	9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	10
25	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	9
26	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	9
27	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	9
28	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	8
29	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	6
30	3-202	Native Computertomographie des Thorax	6

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	672
2	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	183
3	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	34

## B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ANGEBOT DER GERIATRISCHEN NACHSTATIONÄRE BETREUUNG
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

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

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

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	7,16	6,75	0,41	0,00	7,16	96,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,70	4,29	0,41	0,00	4,70	146,8

#### Abkürzungen:

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

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

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

### B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Geriatric
	Verkehrsmedizin
2	Palliativmedizin
3	Physikalische Therapie und Balneologie

### B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,32	10,32	0,00	0,00	10,32	66,9
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	15,17	15,17	0,00	0,00	15,17	45,5
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,36	0,36	0,00	0,00	0,36	1916,7
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,91	2,91	0,00	0,00	2,91	237,1
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,40	0,40	0,00	0,00	0,40	1725,0

**Abkürzungen:**

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Palliative Care
2	Qualitätsmanagement
3	Dekubitusmanagement
4	Entlassungsmanagement
5	Ernährungsmanagement
6	Kinästhetik
7	Basale Stimulation
8	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
9	Geriatric
	<i>z. B. Zercur</i>

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

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

**Abkürzungen:**

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

## B-[2] Klinik für Kardiologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Kardiologie
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>

### B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0300) Kardiologie

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

Name/Funktion:	Herrn Prof. Dr. med. Michael Klein, Chefarzt
Telefon:	0211 9043 201
Fax:	0211 9043 209
E-Mail:	info@augusta-duesseldorf.de

### B-[2].1.3 Weitere Zugänge

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Defibrillatoreingriffe
2	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
3	Herzhose

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>Die Herz hose stellt ein neues Therapiekonzept für Patienten mit Gefäß erkrankungen dar. Ist ein Gefäß verstopft, wird das Gewebe nicht mehr ausreichend mit Blut versorgt. Die Herz hose ermöglicht die Bildung von biologischen Bypässen, die eine Versorgung des Gewebes mit Blut gewährleisten.</i>
4	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
5	Intensivmedizin
6	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) <i>Bluthochdruckzentrum</i>
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
8	Elektrophysiologie
9	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
10	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäß erkrankungen
11	Schrittmachereingriffe
12	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
13	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
14	Kathethertherapie der koronaren Herzerkrankung (Ballon, Stent, Rotablator) <i>Das Augusta-Krankenhaus hat 3,5 Mio Euro in zwei neue Herzkathetermessplätze investiert. Die Herzkatheteruntersuchung ist eine minimalinvasive medizinische Untersuchung des Herzens. Ein Katheter wird über venöse oder arterielle Gefäße der Leiste, der Ellenbeuge oder über das Handgelenk eingeführt.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	4815
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	468
2	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	368
3	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	331
4	I25.12	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäß-Erkrankung	227
5	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	197
6	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	165
7	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	164
8	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	164
9	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	155
10	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	146

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	I25.10	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen	119
12	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	116
13	I20.0	Instabile Angina pectoris	112
14	R55	Synkope und Kollaps	110
15	I48.3	Vorhofflattern, typisch	109
16	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	107
17	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	100
18	Z45.00	Anpassung und Handhabung eines implantierten Herzschrittmachers	92
19	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	91
20	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	82
21	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	71
22	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	65
23	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	62
24	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie	59
25	I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie	50
26	I48.4	Vorhofflattern, atypisch	48
27	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	44
28	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	43
29	Z45.01	Anpassung und Handhabung eines implantierten Kardiodefibrillators	41
30	I35.0	Aortenklappenstenose	39

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	1109
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	749
3	I20	Angina pectoris	447
4	I50	Herzinsuffizienz	435
5	I21	Akuter Myokardinfarkt	319

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	1050
2	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	368
3	I50.1	Linksherzinsuffizienz	334
4	I20.8	Sonstige Formen der Angina pectoris	331
5	I10.0	Benigne essentielle Hypertonie	271
6	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	197
7	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	165
8	Z45.0	Anpassung und Handhabung eines herzunterstützenden Systems	133
9	I20.0	Instabile Angina pectoris	112
10	R55	Synkope und Kollaps	110
11	I48.3	Vorhofflattern, typisch	109
12	I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie	107
13	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	100
14	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	91
15	I49.5	Sick-Sinus-Syndrom	82
16	I21.1	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	71
17	I21.0	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand	65
18	I42.0	Dilatative Kardiomyopathie	62
19	I25.5	Ischämische Kardiomyopathie	59
20	I49.3	Ventrikuläre Extrasystolie	50
21	I48.4	Vorhofflattern, atypisch	48
22	I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades	44
23	I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz	43
24	I11.9	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	40
25	I35.0	Aortenklappenstenose	39
26	I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades	38
27	I47.2	Ventrikuläre Tachykardie	34

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
28	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	27
29	I48.2	Vorhofflimmern, permanent	25
30	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	21

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275.2	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel	1997
2	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzen Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzen Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	1090
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	988
4	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie	686
5	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	633
6	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	517
7	8-83b.c6	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystem: Resorbierbare Plugs mit Anker	496
8	3-824.0	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: In Ruhe	429
9	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	404
10	1-275.4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung	395
11	8-83b.c3	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlusssystem: Clipsystem	318
12	1-268.3	Kardiales Mapping: Rechter Ventrikel	317
13	1-273.1	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Oxymetrie	312
14	8-837.01	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Mehrere Koronararterien	277

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	8-837.m1	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: 2 Stents in eine Koronararterie	253
16	1-273.y	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: N.n.bez.	247
17	3-200	Native Computertomographie des Schädels	246
18	1-268.1	Kardiales Mapping: Linker Vorhof	246
19	1-268.0	Kardiales Mapping: Rechter Vorhof	245
20	1-275.5	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie von Bypassgefäßen	191
21	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	184
22	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	183
23	5-377.30	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	179
24	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	174
25	3-803.x	Native Magnetresonanztomographie des Herzens: Sonstige	162
26	8-83b.c2	Zusatzinformationen zu Materialien: Verwendung eines Gefäßverschlussystems: Nahtsystem	148
27	8-837.q	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Blade-Angioplastie (Scoring- oder Cutting-balloon)	147
28	1-274.3	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung: Sondierung des Vorhofseptums	141
29	1-790	Kardiorespiratorische Polysomnographie	141
30	1-273.2	Rechtsherz-Katheteruntersuchung: Druckmessung mit Messung des Shuntvolumens	137

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	3029
2	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	2479
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	2347
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	988
5	1-268	Kardiales Mapping	854
6	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	696

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	8-835	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie	585
8	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	529
9	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	480

## B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<b>PULMONALE HYPERTONIE</b>
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	LK14 - Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit pulmonaler Hypertonie
2	<b>HERZKATHETERLABOR</b>
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<i>Das Brustschmerz-Zentrum am Augusta-Krankenhaus - die so genannte Chest Pain Unit (CPU) - ist von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) als zweite Einrichtung dieser Art in Düsseldorf unter mittlerweile 190 CPUs in Deutschland zertifiziert worden.</i>
3	<b>KARDIOLOGISCHE PRIVATAMBULANZ MIT ANGESCHLOSSENEM HERZKATHETERLABOR.</b>
	Privatambulanz
	<i>Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VO03)</i>
4	<b>BRUSTSCHMERZAMBULANZ</b>
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Die CPU ist eine in die Notaufnahme integrierte Einheit, in der Patienten mit unklarem Brustschmerz unverzüglich und rund um die Uhr aufgenommen und behandelt werden können. Das betrifft den Herzinfarkt ebenso wie lebensbedrohliche Erkrankungen der Hauptschlagader. DGK zertifiziert.</i>

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

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

## B-[2].11 Personelle Ausstattung

### B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	33,66	33,66	0,00	0,00	33,66	143,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	14,97	14,97	0,00	0,00	14,97	321,6

**Abkürzungen:**

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

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

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin und Kardiologie
2	Innere Medizin und Pneumologie
3	Allgemeinmedizin
4	Innere Medizin
5	Allgemeinchirurgie

### B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Sportmedizin
3	Notfallmedizin

### B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	55,24	53,84	1,40	0,00	55,24	87,2
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,89	0,89	0,00	0,00	0,89	5410,1

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,41	2,41	0,00	0,00	2,41	1997,9
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,09	1,09	0,00	0,00	1,09	4417,4
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,00	3,00	0,00	0,00	3,00	1605,0

**Abkürzungen:**

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Geriatric z. B. Zercur
2	Endoskopie/Funktionsdiagnostik

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

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

**Abkürzungen:**

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

## B-[3] Klinik für Diagnostische Radiologie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Diagnostische Radiologie
Straße:	Schloßstr.
Hausnummer:	85
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.vkkd-kliniken.de">http://www.vkkd-kliniken.de</a>

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

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3751) Radiologie

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

Name/Funktion:	Herrn Dr. med. Rolf Gebing, Chefarzt
Telefon:	0211 958 2701
Fax:	0211 958 2714
E-Mail:	gebing@vkkd-kliniken.de

#### B-[3].1.3 Weitere Zugänge

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung <i>Arthrographie, Myelographie, Drainagen</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
2	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren <i>i.v. Urographie</i>
3	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>Diagnostik Tumore, ent. Arthrose. Kontrastmittelgabe Gefäßdiagnostik.</i>
4	Arteriographie
5	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ <i>Auch kontrastmittelfreie Gefäßdiagnostik.</i>
6	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel <i>- Spiral-CT - Computertomographisch gesteuerte Interventionen - Gefäßdiagnostisch Ganzkörper - PRT- Computertomographisch gestützte Schmerztherapie (cervikal, tharakal und lumbal) - 3D- Rekonstruktionen-CT- Planung von Hüftendoprothesen- Knieprothesendiagnostik - Notfalldiagnostik, Coronardarstellung.</i>
7	Phlebographie
8	Konventionelle Röntgenaufnahmen <i>Gefäßdiagnostik (DSA) - Arteriographiedigitale MyelographieArthographiendynamische Pelvicographiegastrointestinale Diagnostik incl. MDP Sellink</i>
9	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
10	Knochendichtemessung (alle Verfahren) <i>Q-CT</i>
11	Computertomographie (CT), Spezialverfahren <i>Endoprothesenplanung, CT-DSA, Coronardiagnostik</i>
12	Computertomographie (CT), nativ <i>Trauma und Blutungsdiagnostik</i>
13	Interventionelle Radiologie <i>Die Interventionelle Radiologie (Radiologie der Aktivität) ist ein herausragender Schwerpunkt. Die IR umfasst schwerpunktmäßig die CT-gesteuerte Schmerztherapie der WS. Durch minimalinvasive Eingriffe z.B. die Probeentnahme aus Organen.</i>
14	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren <i>Differenzierte Gelenkdiagnostik / Gelenkscreening Diffusionsbildgebung - DWIBS Wirbelsäulendiagnostik Abdominaldiagnostik MRCP Hirndiagnostik Ganzkörperdiagnostik Gefäßdiagnostik mit und ohne Kontrastmittel MR-Phlebographie MR-Angiographie</i>
15	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung <i>In der funktionellen Bildgebung.</i>

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

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

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	1038
2	3-13x	Andere Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	1032
3	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	769
4	3-13k	Arthrographie	678
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	409
6	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	270
7	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	254
8	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	227
9	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	192
10	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	179
11	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	178
12	3-206	Native Computertomographie des Beckens	98
13	3-202	Native Computertomographie des Thorax	77
14	3-804	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens	66
15	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	64
16	3-809	Native Magnetresonanztomographie des Thorax	46
17	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	30
18	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	24
19	3-201	Native Computertomographie des Halses	23

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	13
21	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	12
22	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	12
23	3-803.x	Native Magnetresonanztomographie des Herzens: Sonstige	10
24	3-801	Native Magnetresonanztomographie des Halses	6
25	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	3
26	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	3
27	3-20x	Andere native Computertomographie	2
28	3-753.0	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des ganzen Körpers: Mit Niedrigdosis-Computertomographie zur Schwächungskorrektur	2
29	3-703.2	Szintigraphie der Lunge: Perfusions- und Ventilationsszintigraphie	2
30	3-223	Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	1

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	1038
2	3-13x	Andere Projektionsradiographie mit Kontrastmittelf Verfahren	1032
3	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	769
4	3-13k	Arthrographie	678
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	409
6	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	270
7	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	254
8	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	227
9	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	192
10	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	179

## B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz

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

## B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[3].11 Personelle Ausstattung

### B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

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

**Abkürzungen:**

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

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

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Radiologie

## B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[3].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

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

**Abkürzungen:**

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

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

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

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

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

**Abkürzungen:**

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

## B-[4] Klinik für Anästhesie MKH

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesie MKH
Straße:	An St. Swibert
Hausnummer:	17
PLZ:	40489
Ort:	Düsseldorf

URL: <http://www.marienkrankenhaus-kaiserswerth.de>

### B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3790) Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(II)

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

Name/Funktion:	Herr Dr. med. Michael Schieffer, Chefarzt
Telefon:	0211 9405 230
Fax:	0211 9405 239
E-Mail:	anaesthesie.mk@vkkd-kliniken.de

### B-[4].1.3 Weitere Zugänge

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Transfusionsmedizin
2	Schmerztherapie

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

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

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

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

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

## B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

## B-[4].11 Personelle Ausstattung

### B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	6,67	6,37	0,30	0,00	6,67	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,67	5,37	0,30	0,00	5,67	0,0

#### Abkürzungen:

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

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

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

### B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Spezielle Schmerztherapie

### B-[4].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,29	9,29	0,00	0,00	9,29	0,0

**Abkürzungen:**

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

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

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

## B-[4].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Schmerzmanagement
3	Endoskopie/Funktionsdiagnostik

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

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

### Abkürzungen:

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

## B-[5] Klinik für Innere Medizin VKH

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Innere Medizin VKH
Straße:	Schloßstr.
Hausnummer:	85
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.vinzenz-duesseldorf.de/unsere_kliniken/innere_medizin/">http://www.vinzenz-duesseldorf.de/unsere_kliniken/innere_medizin/</a>

### B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0100) Innere Medizin

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Romuald Joachim Adamek, Chefarzt
Telefon:	0211 958 2851
Fax:	0211 958 2856
E-Mail:	innere.vkh@vkkd-kliniken.de

## B-[5].1.3 Weitere Zugänge

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
2	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
3	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
4	Minimalinvasive endoskopische Operationen <i>Magen-, Dickdarm- und Enddarmspiegelungen mit Gewebsentnahme und Tumorabtragung, Spiegelung und röntgenologische Darstellung von Gallen- und Bauchspeicheldrüsengängen, Entfernung von Gallengangssteinen mit Hilfe des Endoskops.</i>
5	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen <i>Zertifiziertes Darmkrebszentrum. Behandlung von Krebserkrankungen. Tumorerkrankungen werden nach der Diagnose und Vorstellung im interdisziplinären Tumorboard durch Hämato-Onkologen einer zielgerichteten, optimalen Behandlung zugeführt.</i>
6	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
7	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
8	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
9	Diagnostik und Therapie von Allergien
10	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
11	Interdisziplinäre Tumornachsorge <i>Die Medizinische Klinik ist Teil des Darmkrebszentrums für die Behandlung von Krebserkrankungen. Tumorerkrankungen werden nach der Diagnose und Vorstellung im interdisziplinären Tumorboard durch Hämato-Onkologen einer zielgerichteten, optimalen Behandlung zugeführt.</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
12	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
13	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege <i>Lungenspiegelungen mit Gewebsentnahme (transbronchialer Biopsie)Lungenfunktionstests.EBUS (endobronchialer Ultraschall mit schonender Gewebeentnahme)</i>
14	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen <i>Es steht eine hochauflösende Ösophagusmanometrie zur Verfügung (Druckmessung in der Speiseröhre).</i>
15	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
16	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
17	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
18	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
19	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs <i>Behandlung von Krebserkrankungen. Tumorerkrankungen der Verdauungssysteme werden nach der Diagnose inkl. Knochenmarkentnahme durch Hämato-Onkologen einer zielgerichteten, optimalen Behandlung zugeführt.</i>
20	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) <i>Endosonographische Diag. mit Gewebeentnahme (Feinnadelpunktion), Interventionelle endosonographische Therapie (Pseudozystendrainage, Abszessdrainage; Gallengangsdrainage), Spiegelung des Dünndarms (Push- und Doppel-Ballon-Enteroskopie, Kapselendoskopie), Sonographie mit Kontrastmittel (CEUS).</i>
21	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
22	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
23	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
24	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
25	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
26	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
27	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit <i>Behandlung von Krankheiten des Herz- Kreislauf-SystemsBelastungs-EKG, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung, Ultraschalldarstellung des Herzens und vor allem der Herzklappen sowie ihrer Funktion auch durch die Speiseröhre.</i>
28	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
29	Elektrophysiologie
30	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
31	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
32	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
33	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>Behandlung von Krebs- und Bluterkrankungen. Tumorerkrankungen aller Organsysteme werden nach der Diagnose inkl. Knochenmarkentnahme durch Hämato-Onkologen einer zielgerichteten, optimalen Behandlung zugeführt</i>
34	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten <i>Herzrhythmusstörungen</i>
35	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
36	Transfusionsmedizin
37	Sonographie mit Kontrastmittel
38	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
39	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
40	Duplexsonographie
41	Eindimensionale Dopplersonographie
42	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
43	Endosonographie
44	Native Sonographie <i>Die Medizinische Klinik ist Ausbildungszentrum der DEGUM (Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin).</i>
45	Endoskopie
46	Intensivmedizin <i>Alle modernen Methoden der kontrollierten, assistierenden und unterstützenden Beatmung mit der Möglichkeit der Langzeitbeatmung - Invasive (mit Tubus) und nicht-invasive (ohne Tubus) Beatmungsmöglichkeiten - Nierenersatzverfahren (Dialyse)</i>
47	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	3912
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	110
2	K29.6	Sonstige Gastritis	89
3	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	70
4	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	69
5	E86	Volumenmangel	67
6	R55	Synkope und Kollaps	66
7	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	66
8	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	57
9	K63.5	Polyp des Kolons	54

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	49
11	K29.1	Sonstige akute Gastritis	49
12	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	48
13	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	48
14	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	43
15	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	41
16	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	40
17	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	34
18	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	33
19	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	33
20	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	32
21	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	32
22	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	31
23	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	31
24	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	30
25	K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	28
26	A04.5	Enteritis durch Campylobacter	27
27	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	27
28	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	26
29	R42	Schwindel und Taumel	26
30	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	26

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

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	110
2	K29.6	Sonstige Gastritis	89
3	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	79

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
4	I50.1	Linksherzinsuffizienz	79
5	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	71
6	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	70
7	I10.9	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet	69
8	E86	Volumenmangel	67
9	R55	Synkope und Kollaps	66
10	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	66
11	K63.5	Polyp des Kolons	54
12	C90.0	Multiples Myelom	49
13	K29.1	Sonstige akute Gastritis	49
14	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	48
15	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	48
16	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	43
17	I10.0	Benigne essentielle Hypertonie	40
18	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	34
19	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	33
20	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	33
21	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	33
22	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	32
23	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	32
24	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	31
25	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	31
26	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	30
27	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	29
28	K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	28

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
29	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	27
30	A04.5	Enteritis durch Campylobacter	27

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1927
2	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	1907
3	1-653	Diagnostische Proktoskopie	1110
4	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	1004
5	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	896
6	3-056	Endosonographie des Pankreas	849
7	3-053	Endosonographie des Magens	847
8	3-054	Endosonographie des Duodenums	847
9	3-051	Endosonographie des Ösophagus	847
10	3-055	Endosonographie der Gallenwege	847
11	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	794
12	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	782
13	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	374
14	3-058	Endosonographie des Rektums	351
15	3-05b.0	Endosonographie der Harnblase und der Urethra: Transrektal	351
16	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	310
17	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	251
18	1-710	Ganzkörperplethysmographie	244
19	1-636.0	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums): Einfach (durch Push-Technik)	217
20	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	205
21	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	195

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	168
23	3-05c.0	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane: Transrektal	146
24	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	125
25	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	123
26	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	117
27	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	114
28	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	113
29	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	106
30	8-543.22	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	87

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1982
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1927
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	1118
4	1-653	Diagnostische Proktoskopie	1110

### B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
2	INTERNISTISCHE PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	<i>Vereinbaren Sie einen Termin, Tel: (02 11) 958-2851. <a href="http://www.vinzenz-duesseldorf.de/unsere_kliniken/innere_medizin/chefarzt/">http://www.vinzenz-duesseldorf.de/unsere_kliniken/innere_medizin/chefarzt/</a></i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	93
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	30

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	7
4	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[5].11 Personelle Ausstattung

### B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	21,24	21,24	0,00	0,00	21,24	184,2
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,86	6,86	0,00	0,00	6,86	570,3

#### Abkürzungen:

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

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

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

## B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Medikamentöse Tumorthherapie
2	Labordiagnostik - fachgebunden -
3	Notfallmedizin

## B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	53,61	52,56	1,05	0,00	53,61	73,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,50	0,50	0,00	0,00	0,50	7824,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	3912,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,80	0,80	0,00	0,00	0,80	4890,0

### Abkürzungen:

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

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

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

## B-[5].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW

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

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

### Abkürzungen:

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

## B-[6] Klinik für Arthroskopie und Sporttraumatologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Arthroskopie und Sporttraumatologie
Straße:	An St. Swibert
Hausnummer:	17
PLZ:	40489
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.marienkrankenhaus-kaiserswerth.de">http://www.marienkrankenhaus-kaiserswerth.de</a>

### B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2309) Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie

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

Name/Funktion:	Herr Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Nebelung, Chefarzt
Telefon:	0211 9405 221
Fax:	0211 9405 229
E-Mail:	info@marienkrankenhaus-kaiserswerth.de

## B-[6].1.3 Weitere Zugänge

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Arthroskopische Operationen</p> <p><i>Gesamte akute und rekonstruktive Bandchirurgie des Kniegelenkes, Revisionseingriffe, Kniescheibenoperationen, Knorpeltransplantationen, Umstellungsosteotomie.</i></p>
2	<p>Schulterchirurgie</p> <p><i>Instabilitäten des Acromioclaviculargelenks (AC-Gelenks), sog. Tossy-Verletzung Arthroskopische Kalkentfernung aus dem Schultergelenk (sog. Tendinitis calcarea) Einsetzen und Wechsel von Schultergelenkprothesen.</i></p>
3	<p>Sportmedizin/Sporttraumatologie</p> <p><i>Die Sportorthopädie/-traumatologie befasst sich mit Verletzungen, Krankheiten, Beschwerden und Schmerzzuständen des Bewegungsapparates infolge der Ausübung von Sport (Sportverletzungen) und nach Sportunfällen.</i></p>
4	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen</p> <p><i>Sehnen- und Bandverletzungen, Entzündungen. Entfernung von Ganglien, Schleimhautfalten und Synovialhaut (Synovektomie). Kreuzbandverletzungen. Vordere / hintere Kreuzbandoperation und Revisionsoperation.</i></p>
5	<p>Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes</p> <p><i>Akute und chronische Schultergelenkssprengungen, Sehnenrisse, Kapsel-/ Labrumverletzungen.</i></p>
6	<p>Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels</p> <p><i>Rekonstruktive Knie-Chirurgie, Korrektur von Fehlstellungen. Arthroskopische Meniskusoperationen (Teilentfernung) Meniskusnähte Meniskustransplantation - CMI-Meniskustransplantation - Allogene Meniskustransplantation</i></p>
7	<p>Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels</p> <p><i>Arthroskopische Operationen an Schäden der Gelenkklippe (Labrum acetabulare)Entfernung freier Gelenkkörper</i></p>
8	<p>Endoprothetik</p> <p><i>Arthroskopische Therapie umschriebener Knorpelschäden an Hüftkopf und PfanneArthroskopische Probenentnahme und Entfernung von Gelenkinnenhaut (Synovektomie)</i></p>
9	<p>Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes</p> <p><i>Arthroskopische und offene OSG Operationen, Bandrekonstruktionen, Knorpelchirurgie</i></p>
10	<p>Bandrekonstruktionen/Plastiken</p> <p><i>Operationen zur Stabilisierung der Seitenbänder des KniegelenksKnorpelglättungen, MikrofrakturierungenAutologe Knorpel-Knochen-Transplantation (OATS)</i></p>
11	Spezialsprechstunde

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1428
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	217
2	M25.31	Sonstige Instabilität eines Gelenkes: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	130
3	M19.91	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	125
4	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	122
5	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	100
6	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	69
7	M22.2	Krankheiten im Patellofemoralbereich	56
8	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	40
9	M23.36	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Außenmeniskus	38
10	M23.51	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband	34
11	M23.22	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Innenmeniskus	29
12	M22.0	Habituelle Luxation der Patella	27
13	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	22
14	M75.0	Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel	22
15	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	19
16	M22.4	Chondromalacia patellae	17
17	M23.20	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Mehrere Lokalisationen	17
18	M23.23	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus	16
19	T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	14
20	S43.1	Luxation des Akromioklavikulargelenkes	12

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	M24.85	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	11
22	M23.33	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus	11
23	M25.66	Gelenksteife, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	11
24	T84.4	Mechanische Komplikation durch sonstige intern verwendete orthopädische Geräte, Implantate und Transplantate	10
25	M23.52	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Hinteres Kreuzband	8
26	M23.99	Binnenschädigung des Kniegelenkes, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnetes Band oder nicht näher bezeichneter Meniskus	7
27	Q65.6	Instabiles Hüftgelenk (angeboren)	7
28	M24.56	Gelenkkontraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	7
29	M24.66	Ankylose eines Gelenkes: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	7
30	M93.26	Osteochondrosis dissecans: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	6

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M75	Schulterläsionen	362

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	217
2	M25.3	Sonstige Instabilität eines Gelenkes	131
3	S83.5	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes mit Beteiligung des (vorderen) (hinteren) Kreuzbandes	129
4	M19.9	Arthrose, nicht näher bezeichnet	126
5	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	100
6	M23.3	Sonstige Meniskusschädigungen	71
7	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	69
8	M23.2	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung	63
9	M22.2	Krankheiten im Patellofemoralbereich	56

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
10	M23.5	Chronische Instabilität des Kniegelenkes	42
11	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	40
12	M22.0	Habituelle Luxation der Patella	27
13	M75.0	Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel	22
14	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	19
15	M22.4	Chondromalacia patellae	17
16	M25.6	Gelenksteife, anderenorts nicht klassifiziert	16
17	T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesvorrichtung an Extremitätenknochen	14
18	M24.8	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen, anderenorts nicht klassifiziert	14
19	S43.1	Luxation des Akromioklavikulargelenkes	12
20	M93.2	Osteochondrosis dissecans	12
21	T84.4	Mechanische Komplikation durch sonstige intern verwendete orthopädische Geräte, Implantate und Transplantate	10
22	M94.2	Chondromalazie	9
23	M67.4	Ganglion	8
24	M24.6	Ankylose eines Gelenkes	8
25	M23.9	Binnenschädigung des Kniegelenkes, nicht näher bezeichnet	7
26	M24.5	Gelenkkontraktur	7
27	Q65.6	Instabiles Hüftgelenk (angeboren)	7
28	M00.9	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet	6
29	M23.8	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes	6
30	M25.5	Gelenkschmerz	5

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	1004
2	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	654
3	1-697.1	Diagnostische Arthroskopie: Schultergelenk	565
4	1-697.7	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	553
5	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	423
6	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	354
7	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	203
8	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	198
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	190
10	5-819.x1	Andere arthroskopische Operationen: Sonstige: Akromioklavikulargelenk	166
11	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	143
12	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik vorderes Kreuzband mit sonstiger autogener Sehne	138
13	5-811.1h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper): Kniegelenk	133
14	5-850.32	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, quer: Oberarm und Ellenbogen	124
15	5-814.1	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Refixation des Labrum glenoidale durch sonstige Verfahren	107
16	5-810.40	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Humeroglenoidalgelenk	100
17	5-781.9k	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Tibia proximal	57
18	5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	46
19	5-781.9h	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Femur distal	42

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	5-786.k	Osteosyntheseverfahren: Durch winkelstabile Platte	39
21	5-855.72	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenansätze: Tenodesis einer Sehne, primär: Oberarm und Ellenbogen	38
22	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	38
23	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	31
24	5-859.01	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Inzision eines Schleimbeutels: Schulter und Axilla	30
25	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	27
26	1-482.1	Arthroskopische Biopsie an Gelenken: Schultergelenk	26
27	5-810.20	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humeroglenoidgelenk	24
28	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	24
29	5-824.20	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Konventionell (nicht invers)	24
30	1-697.6	Diagnostische Arthroskopie: Hüftgelenk	22

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-697	Diagnostische Arthroskopie	1153
2	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	1004
3	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	766
4	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	654
5	5-819	Andere arthroskopische Operationen	182
6	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	129

### B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
2	ERMÄCHTIGUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116 SGB V BZW. § 31A ABS. 1 ÄRZTE-ZV (BESONDERE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN ODER KENNNTNISSE VON KRANKENHAUSÄRZTEN UND KRANKENHAUSÄRZTINNEN)
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

3	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	28
2	1-697	Diagnostische Arthroskopie	24
3	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	20
4	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	6
5	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	4
6	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen Scheide	< 4

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

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

### B-[6].11 Personelle Ausstattung

#### B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	6,84	6,84	0,00	0,00	6,84	208,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,84	6,84	0,00	0,00	6,84	208,8

**Abkürzungen:**

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

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

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

### B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,83	8,83	0,00	0,00	8,83	161,7
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00	714,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,64	0,64	0,00	0,00	0,64	2231,3

**Abkürzungen:**

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Schmerzmanagement
2	Sturzmanagement
3	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
4	Kinästhetik
5	Qualitätsmanagement
6	Bobath
7	Dekubitusmanagement

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

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

### Abkürzungen:

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

## B-[7] Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Straße:	Am Falder
Hausnummer:	6
PLZ:	40589
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.krankenhaus-elbroich.de">http://www.krankenhaus-elbroich.de</a>

### B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2955) Allg. Psychiatrie/Schwerp. Gerontopsych./Tagesklinik
2	(2951) Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie

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

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Nikolaus Michael, Chefarzt
Telefon:	0211 7560 301
Fax:	0211 7560 309
E-Mail:	baerbel.haider@vkkd-kliniken.de

## B-[7].1.3 Weitere Zugänge

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
2	Psychosomatische Komplexbehandlung
3	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
4	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
5	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
6	Psychosomatische Tagesklinik
7	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
8	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
9	Psychiatrische Tagesklinik
10	Privatsprechstunde
11	Psychoonkologie
12	Diagnostik und Therapie von psychiatrischen Störungen.

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

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

Vollstationäre Fallzahl: 459

Teilstationäre Fallzahl: 161

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F05.1	Delir bei Demenz	148
2	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	117
3	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	93
4	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	15
5	F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	14
6	F05.0	Delir ohne Demenz	13
7	F20.0	Paranoide Schizophrenie	8
8	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	8
9	F06.2	Organische wahnhaft [schizophreniforme] Störung	7
10	F06.3	Organische affektive Störungen	7
11	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	6
12	F22.0	Wahnhaftige Störung	5
13	F31.6	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode	4
14	F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	< 4
15	F06.0	Organische Halluzinose	< 4
16	F05.8	Sonstige Formen des Delirs	< 4
17	F31.5	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	< 4
18	G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	< 4
19	F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	< 4
20	G31.82	Lewy-Körper-Krankheit	< 4
21	F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	< 4

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

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	F05.1	Delir bei Demenz	148
2	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	117
3	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	93
4	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	15
5	F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	14
6	F05.0	Delir ohne Demenz	13
7	F20.0	Paranoide Schizophrenie	8
8	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	8
9	F06.3	Organische affektive Störungen	7
10	F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	7
11	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	6
12	F22.0	Wahnhafte Störung	5
13	F31.6	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode	4
14	F06.0	Organische Halluzinose	< 4
15	F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	< 4
16	F05.8	Sonstige Formen des Delirs	< 4
17	F31.5	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	< 4
18	G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	< 4
19	F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
20	G31.8	Lewy-Körper-Krankheit	< 4
21	F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	< 4

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-649.80	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	1791
2	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	1097
3	9-649.61	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	874
4	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	872
5	9-649.60	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	826
6	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	781
7	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	717
8	9-649.62	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	714
9	9-649.70	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: 1 Therapieeinheit pro Woche	682
10	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	672
11	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	651
12	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	510
13	9-649.63	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	491

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	490
15	9-982.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie: Behandlungsbereich G1 (Regelbehandlung)	466
16	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	409
17	9-649.71	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	372
18	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	351
19	9-649.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	300
20	9-649.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	256
21	9-649.64	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 4 bis 5 Therapieeinheiten pro Woche	255
22	3-200	Native Computertomographie des Schädels	250
23	9-649.54	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche	187
24	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	186
25	9-649.14	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche	181
26	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	167
27	9-649.65	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 5 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	138
28	9-649.72	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	122
29	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	119
30	9-980.5	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A6 (Tagesklinische Behandlung)	112

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	14683
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	651
3	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie	569
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	365
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	250
6	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	167
7	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie	140
8	8-630	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]	48
9	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	37
10	1-206	Neurographie	33

## B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	TAGESKLINIK FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND GERONTOPSYCHIATRISCHEN STÖRUNGEN (VP10).
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VP00 - Private psychiatrische Ambulanz.
	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
	VP15 - Psychiatrische Tagesklinik
	VP14 - Psychoonkologie
	VP16 - Psychosomatische Tagesklinik
	<i>Lichttherapie, Sport-, Musik-, Körpertherapie, kortikale Magnetstimulation, das gesamte Spektrum psychopharmakologischer Behandlungsmöglichkeiten. Psychosomatische Tagesklinik (VP16). Diag. und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Störungen u. Faktoren (VP05).</i>

2	PRIVATE GERONTOPSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ
	Privatambulanz
	<i>Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren. (VP05) Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10). Psychiatrische Tagesklinik (VP15).</i>

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

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

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

## B-[7].11 Personelle Ausstattung

### B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	7,36	7,36	0,00	0,00	7,36	62,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,38	5,38	0,00	0,00	5,38	85,3

#### Abkürzungen:

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

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

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

## B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Palliativmedizin
2	Psychotherapie - fachgebunden - <i>Psychoonkologie</i>
3	Suchtmedizinische Grundversorgung
4	Geriatric
5	Rehabilitationswesen

## B-[7].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,54	11,54	0,00	0,00	11,54	39,8
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	15,68	15,38	0,30	0,00	15,68	29,3
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	1,33	1,33	0,00	0,00	1,33	345,1
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	5,85	5,85	0,00	0,00	5,85	78,5
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	4,37	4,37	0,00	0,00	4,37	105,0

### Abkürzungen:

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

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

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung

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

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

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	1,59	1,59	0,00	0,00	1,59	288,7

**Abkürzungen:**

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

## B-[8] Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Straße:	Schloßstr.
Hausnummer:	85
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf

URL: <http://www.vkkd-kliniken.de>

### B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1600) Unfallchirurgie

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

Name/Funktion:	Herrn Dr. med. Albrecht Pilz, leitender Arzt
Telefon:	0211 958 2750
Fax:	0211 958 2757
E-Mail:	carina.kueppers@vkkd-kliniken.de

### B-[8].1.3 Weitere Zugänge

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
2	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
3	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes <i>Traumaprothetik: Hochgradig traumatisch geschädigte Gelenke, besonderes das Hüft- und Schultergelenk, können mit modernen gelenkersetzenden Verfahren (z.B. Schenkelhalsfraktur mit Duokopf- und Hüfttotalendoprothese, Schultergelenksfraktur mit Traumakopf- oder Inverser Prothese) versorgt werden.</i>
4	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens <i>Zusätzlich können knöcherne Verletzungen des Beckens und des Beckenringes über minimalinvasive Verfahren mit evt. Zementverstärkung stabilisiert werden. Es besteht eine enge Kooperation mit der Klinik für Wirbelsäule und Schmerz bei der operativen Versorgung</i>
5	Septische Knochenchirurgie <i>Die Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie versorgt alle Patienten mit Unfällen und deren Folgeerkrankungen. Dabei kommen sowohl konservative und operative Therapieverfahren zur Anwendung. Ein Schwerpunkt ist die Akutbehandlung von Sportverletzten.</i>
6	Behandlung von Dekubitalgeschwüren

## MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

*Hautdeckung im Rahmen des Wundmanagements ist ein weiterer Schwerpunkt der Abteilung.*

7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
8	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen <i>Die Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie versorgt alle Patienten mit Unfällen und deren Folgeerkrankungen. Dabei kommen sowohl konservative und operative Therapieverfahren zur Anwendung. Ein Schwerpunkt ist die Akutbehandlung von Sportverletzten.</i>
9	Bandrekonstruktionen/Plastiken <i>Plastische Rekonstruktion von Sehnen und Bändern, Weichteildeckung über Vakuumversiegelung und nachfolgende Hautdeckung auch im Rahmen des Wundmanagements ist ein weiterer Schwerpunkt der Abteilung.</i>
10	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik <i>Hochgradig traumatisch geschädigte Gelenke, besonderes das Hüft- und Schultergelenk, können mit modernen gelenkersetzenden Verfahren (z.B. Schenkelhalsfraktur mit Duokopf- und Hüfttotalendoprothese, Schultergelenksfraktur mit Traumakopf- oder Inverser Prothese) versorgt werden.</i>
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels <i>Die Anwendung von modernen Osteosynthesefahren ist ein besonderer Schwerpunkt der Klinik. Es kommen die verschiedenste Implantate aus dem Bereich der konventionellen und winkelstabilen Osteosynthese in Form von Platten, Schrauben und Nägeln bei Frakturen der Extremitäten zur Anwendung.</i>
12	Arthroskopische Operationen <i>Frakturen des Schienbeinkopfes werden regelmäßig arthroskopisch gestützt versorgt.</i>
13	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen <i>Der Schwerpunkt der Abteilung liegt in der operativen Therapie der Unfallpatienten mit allen modernen Operations- und Osteosyntheseverfahren. Der operative Zugang erfolgt dabei über offene oder wenn möglich auch über minimalinvasive Methoden.</i>
14	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes <i>Ein Schwerpunkt ist die Akutbehandlung von Sportverletzten. Es besteht ein Kooperationsvertrag mit dem Stadtsportbund Düsseldorf. Gelenkverletzungen durch Sportunfälle werden nach aktuellem Stand der Sportmedizin behandelt.</i>
15	Wirbelsäulenchirurgie <i>Wirbelsäulenverletzung mit Anwendung offener und minimalinvasiver Stabilisierung von Wirbelfrakturen. Dabei werden auch Endoskopisch assistierte Operation an der Brust- und Lendenwirbelsäule mit Wirbelkörperersatz durchgeführt.</i>
16	Amputationschirurgie <i>Die Versorgung von akut, teils auch schwer verletzten Patienten erfolgt nach den geltenden ATLS Kriterien. Hierzu ist die Notfallambulanz entsprechend personell und medizin-technisch ausgerüstet.</i>
17	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels <i>Hier steht die Versorgung und Rekonstruktion von Gelenk- und Schaffrakturen der oberen- und unteren Extremitäten und die Stabilisierung von Frakturen bei einliegenden Prothesen im Vordergrund. Ebenfalls werden auch kindliche Frakturen versorgt. Operative Versorgung von Becken- und Acetabulumfrakturen.</i>
18	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
19	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand <i>In der Handchirurgie werden die operative wie konservative Behandlung von Frakturen der gesamten Hand und die Behebung von Nervenengpass-Syndromen der oberen Extremitäten angeboten.</i>
20	Notfallmedizin
21	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>Versorgung von Weichteilverletzungen wie Rupturen von großen Sehnen, Haut- Unterhaut und Muskelverletzungen mit der Anwendung von rekonstruktiven Maßnahmen. Vakuumversiegelung und nachfolgende Hautdeckung auch im Rahmen des Wundmanagements.</i>
22	<p>Chirurgische Intensivmedizin</p> <p><i>Unfallchirurgische Intensivmedizin: Die Überwachung der Patienten erfolgt zum einem auf der interdisziplinär geführten Intensivstation und zum anderen über zwei eigenständig geführte intermediate Care Betten.</i></p>
23	<p>Notfallmedizin</p> <p><i>Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist struktureller Bestandteil der Unfall-und Wiederherstellungschirurgie und wird von dieser geleitet. Ausbildung und Durchführung der Notfallmedizin nach Richtlinien gemäß ATLS und ERC.</i></p>

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1106
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06.0	Gehirnerschütterung	113
2	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	64
3	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	51
4	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	34
5	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	31
6	S32.1	Fraktur des Os sacrum	28
7	S86.0	Verletzung der Achillessehne	26
8	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	23
9	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	23
10	S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen	19
11	S52.11	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Kopf	18
12	S82.0	Fraktur der Patella	17
13	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	15
14	S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel	14
15	S70.0	Prellung der Hüfte	14
16	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	13

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	13
18	S42.03	Fraktur der Klavikula: Laterales Drittel	13
19	S00.05	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung	13
20	S32.5	Fraktur des Os pubis	12
21	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	12
22	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	12
23	S52.52	Distale Fraktur des Radius: Flexionsfraktur	11
24	S82.81	Bimalleolarfraktur	11
25	S76.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris	11
26	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	10
27	S80.0	Prellung des Knies	10
28	S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile	10
29	S52.01	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon	10
30	S20.2	Prellung des Thorax	9

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

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	S06.0	Gehirnerschütterung	113
2	S52.5	Distale Fraktur des Radius	87
3	S42.2	Fraktur des proximalen Endes des Humerus	65
4	S72.0	Schenkelhalsfraktur	52
5	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	51
6	S42.0	Fraktur der Klavikula	36
7	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	32
8	S32.1	Fraktur des Os sacrum	28
9	S86.0	Verletzung der Achillessehne	26
10	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	23
11	S82.8	Bimalleolarfraktur	22
12	S52.1	Fraktur des proximalen Endes des Radius	19

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
13	S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen	19
14	S82.1	Fraktur des proximalen Endes der Tibia	19
15	S82.0	Fraktur der Patella	17
16	S22.4	Rippenserienfraktur	16
17	S70.0	Prellung der Hüfte	14
18	S00.0	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut	13
19	S43.0	Luxation des Humerus nach hinten	12
20	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	12
21	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	12
22	S32.5	Fraktur des Os pubis	12
23	S52.0	Fraktur des proximalen Endes der Ulna	11
24	S76.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris	11
25	S80.0	Prellung des Knies	10
26	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	10
27	L03.1	Phlegmone an der oberen Extremität	9
28	G56.0	Karpaltunnel-Syndrom	9
29	S20.2	Prellung des Thorax	9
30	A46	Erysipel [Wundrose]	8

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	86
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	83
3	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	52
4	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	51
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	50
6	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	49
7	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	44

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Osteosynthesematerial bei Operationen am Weichteilgewebe	38
9	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	29
10	5-793.1r	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula distal	29
11	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	28
12	5-793.3r	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	28
13	5-855.19	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Unterschenkel	27
14	5-794.k1	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerus proximal	26
15	5-794.2r	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	24
16	5-790.0d	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Becken	24
17	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	23
18	8-900	Intravenöse Anästhesie	22
19	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	22
20	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	21
21	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	21
22	5-794.0r	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula distal	21
23	5-796.k0	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Klavikula	20
24	8-201.0	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humero-glenoidalgelenk	20
25	5-794.11	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerus proximal	16
26	5-896.1e	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie	15

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	13
28	5-787.k1	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Humerus proximal	13
29	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	12
30	5-794.0n	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia distal	12

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	160
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	83
3	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	7
4	8-144	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle	4
5	5-389	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen	< 4

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

1	D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE AMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC00 - BG- und Unfallsprechstunde
	<a href="http://www.vinzenz-duesseldorf.de/unsere_kliniken/unfall_und_wiederherstellungschirurgie/leistungsspektrum_gelenke/">http://www.vinzenz-duesseldorf.de/unsere_kliniken/unfall_und_wiederherstellungschirurgie/leistungsspektrum_gelenke/</a>
2	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<a href="http://www.vinzenz-duesseldorf.de/unsere_kliniken/unfall_und_wiederherstellungschirurgie/leistungsspektrum_gelenke/">http://www.vinzenz-duesseldorf.de/unsere_kliniken/unfall_und_wiederherstellungschirurgie/leistungsspektrum_gelenke/</a>
3	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Ambulante Operationen werden regelmäßig bei entsprechender Indikation durchgeführt.</i>
4	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz

5	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VC00 - Zentrales Aufnahmemanagement, Konsilsprechstunde.
	<i>Beratung der Patienten über die verschiedenen konservativen und operativen Therapiemöglichkeiten im Rahmen der Akutversorgung oder elektiven Vorstellung.</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	28
2	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	7
3	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	6
4	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	5
5	5-849	Andere Operationen an der Hand	4
6	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	< 4
7	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
8	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	< 4

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

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

## B-[8].11 Personelle Ausstattung

### B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	7,56	7,56	0,00	0,00	7,56	146,3
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,42	5,42	0,00	0,00	5,42	204,1

**Abkürzungen:**

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

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

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

### B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Notfallmedizin
2	Spezielle Orthopädische Chirurgie <i>Zertifizierung Wirbelsäulenchirurgie (DWG)</i>
3	Spezielle Unfallchirurgie
4	Spezielle Viszeralchirurgie <i>ATLS und TDSC</i>
5	Sportmedizin

### B-[8].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,46	8,46	0,00	0,00	8,46	130,7
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,81	0,81	0,00	0,00	0,81	1365,4

**Abkürzungen:**

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW

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

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

**Abkürzungen:**

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

## B-[9] Klinik für Orthopädie MKH

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Orthopädie MKH
Straße:	An St. Swibert
Hausnummer:	17
PLZ:	40489
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.marienkrankenhaus-kaiserswerth.de">http://www.marienkrankenhaus-kaiserswerth.de</a>

### B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2300) Orthopädie

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

Name/Funktion:	Herr Priv.-Doz. Dr. med. Reinhard Steffen, Chefarzt
Telefon:	0211 9405 217
Fax:	0211 9405 219
E-Mail:	info@marienkrankenhaus-kaiserswerth.de

### B-[9].1.3 Weitere Zugänge

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Endoprothetik
2	Metall-/Fremdkörperentfernungen
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
4	Fußchirurgie
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
6	Handchirurgie
7	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
8	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
9	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
10	Spezialsprechstunde

## B-[9].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl: 814

Teilstationäre Fallzahl: 0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	275
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	232
3	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	66
4	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	52
5	M20.1	Hallux valgus (erworben)	40
6	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	19
7	M16.2	Koxarthrose als Folge einer Dysplasie, beidseitig	17
8	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	13
9	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	10
10	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet	10
11	T84.8	Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	10
12	M20.2	Hallux rigidus	9
13	M16.0	Primäre Koxarthrose, beidseitig	7
14	M17.0	Primäre Gonarthrose, beidseitig	6
15	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose	5
16	M20.5	Sonstige Deformitäten der Zehe(n) (erworben)	4
17	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	4
18	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
19	T84.4	Mechanische Komplikation durch sonstige intern verwendete orthopädische Geräte, Implantate und Transplantate	< 4
20	M87.85	Sonstige Knochennekrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4
21	M54.4	Lumboischialgie	< 4
22	S82.81	Bimalleolarfraktur	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	T85.72	Infektion und entzündliche Reaktion durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate im Nervensystem	< 4
24	M77.4	Metatarsalgie	< 4
25	M96.6	Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte	< 4
26	T84.2	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen	< 4
27	M25.55	Gelenkschmerz: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4
28	M89.87	Sonstige näher bezeichnete Knochenkrankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
29	M87.87	Sonstige Knochennekrose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
30	M84.17	Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4

#### B-[9].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	371

#### B-[9].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	275
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	232
3	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	66
4	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	52
5	M20.1	Hallux valgus (erworben)	40
6	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	19
7	M16.2	Koxarthrose als Folge einer Dysplasie, beidseitig	17
8	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	13
9	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	10
10	T84.8	Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	10

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
11	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet	10
12	M20.2	Hallux rigidus	9
13	M16.0	Primäre Koxarthrose, beidseitig	7
14	M17.0	Primäre Gonarthrose, beidseitig	6
15	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose	5
16	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	4
17	M20.5	Sonstige Deformitäten der Zehe(n) (erworben)	4
18	M87.8	Sonstige Knochennekrose	4
19	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
20	T84.4	Mechanische Komplikation durch sonstige intern verwendete orthopädische Geräte, Implantate und Transplantate	< 4
21	M54.4	Lumboischialgie	< 4
22	M23.3	Sonstige Meniskusschädigungen	< 4
23	M96.6	Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte	< 4
24	M25.5	Gelenkschmerz	< 4
25	M20.4	Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)	< 4
26	G57.6	Läsion des N. plantaris	< 4
27	M87.2	Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma	< 4
28	T80.8	Sonstige Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	< 4
29	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
30	D64.9	Anämie, nicht näher bezeichnet	< 4

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	736

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	637
3	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung	500
4	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	320
5	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	273
6	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	201
7	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	115
8	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert	101
9	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert	46
10	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	38
11	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	35
12	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	27
13	5-781.8x	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Sonstige	25
14	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	23
15	5-800.5h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Kniegelenk	20
16	5-781.1x	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Sonstige	20
17	5-829.k	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	20
18	5-822.h1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Zementiert	19
19	5-804.5	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Teilresektion der Patella	19
20	5-800.4h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Kniegelenk	19
21	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	17
22	5-786.k	Osteosyntheseverfahren: Durch winkelstabile Platte	11

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	5-786.1	Osteosyntheseverfahren: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage	11
24	5-821.40	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	11
25	5-829.9	Andere gelenkplastische Eingriffe: Einbringen von Abstandshaltern (z.B. nach Entfernung einer Endoprothese)	10
26	1-697.7	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	10
27	1-854.7	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Kniegelenk	9
28	5-788.52	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale	9
29	5-821.24	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes	9
30	5-787.1v	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Metatarsale	8

### B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	736
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	637
3	8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	501
4	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	396
5	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	320
6	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	276
7	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	28

### B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
2	ORTHOPÄDISCHE AMBULANZ ZUR NACHSTATIONÄREN BETREUUNG
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-697	Diagnostische Arthroskopie	4
2	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	< 4
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4
4	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	< 4
5	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	< 4

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[9].11 Personelle Ausstattung

### B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	10,10	10,10	0,00	0,00	10,10	80,6
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,20	6,20	0,00	0,00	6,20	131,3

#### Abkürzungen:

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

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

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

### B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Manuelle Medizin/Chirotherapie
2	Sportmedizin
3	Orthopädische Rheumatologie
4	Notfallmedizin

### B-[9].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	17,51	17,51	0,00	0,00	17,51	46,5
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,78	0,78	0,00	0,00	0,78	1043,6
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,20	1,20	0,00	0,00	1,20	678,3
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	814,0

**Abkürzungen:**

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Schmerzmanagement
2	Sturzmanagement
3	Wundmanagement
4	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
5	Kinästhetik
6	Qualitätsmanagement
7	Bobath
8	Dekubitusmanagement

## B-[9].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

**Abkürzungen:**

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

## B-[10] Klinik für Anästhesie AKH

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesie AKH
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>

### B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3790) Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(II)

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

Name/Funktion:	Herrn Dr. med. Torsten Heine, Chefarzt
Telefon:	0211 9043 0
Fax:	0211 9043 349
E-Mail:	torsten.heine@vkkd-kliniken.de

### B-[10].1.3 Weitere Zugänge

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Transfusionsmedizin
2	Schmerztherapie
3	Intensivmedizin

## B-[10].11 Personelle Ausstattung

### B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	8,07	8,07	0,00	0,00	8,07	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,89	5,89	0,00	0,00	5,89	0,0

**Abkürzungen:**

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

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

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

### B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Labordiagnostik - fachgebunden -

### B-[10].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,13	7,13	0,00	0,00	7,13	0,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,05	0,05	0,00	0,00	0,05	0,0

**Abkürzungen:**

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

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

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

### B-[10].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

### B-[10].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

**Abkürzungen:**

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

## B-[11] Klinik für Innere Medizin AKH

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Innere Medizin AKH
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>

### B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0100) Innere Medizin

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

Name/Funktion:	Herr Dr. med. Christian Weik, Chefarzt
Telefon:	0211 9043 401
Fax:	0211 9043 409
E-Mail:	info@vkkd-kliniken.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Endoskopie
2	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
4	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
6	Intensivmedizin
7	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
9	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

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

Vollstationäre Fallzahl:	2000
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K29.6	Sonstige Gastritis	97
2	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	92

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	86
4	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	44
5	K25.3	Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation	42
6	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	39
7	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	38
8	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	36
9	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	33
10	K59.0	Obstipation	33
11	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	33
12	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	32
13	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	29
14	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	27
15	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	27
16	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	24
17	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	24
18	E86	Volumenmangel	23
19	K22.7	Barrett-Ösophagus	22
20	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	22
21	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	22
22	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	21
23	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	17
24	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	17
25	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	16
26	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	15
27	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	14
28	E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	14
29	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	14
30	D12.5	Gutartige Neubildung: Colon sigmoideum	13

## B-[11].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

## B-[11].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	K29.6	Sonstige Gastritis	97
2	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	92
3	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	86
4	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	78
5	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	62
6	I50.1	Linksherzinsuffizienz	49
7	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger	44
8	K25.3	Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation	42
9	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	38
10	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	38
11	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	36
12	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	33
13	K59.0	Obstipation	33
14	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	32
15	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	29
16	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	27
17	K31.8	Angiodysplasie des Magens und des Duodenums mit Blutung	27
18	N17.8	Sonstiges akutes Nierenversagen	27
19	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	23
20	E86	Volumenmangel	23

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
21	K22.7	Barrett-Ösophagus	22
22	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	22
23	I10.9	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet	21
24	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	17
25	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	16
26	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	15
27	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	14
28	E11.6	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen	14
29	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	14
30	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	13

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1475
2	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	1170
3	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	574
4	3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	523
5	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	485
6	3-056	Endosonographie des Pankreas	353
7	3-05x	Andere Endosonographie	307
8	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	263
9	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	218
10	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	206
11	3-05g.0	Endosonographie des Herzens: Intravaskulärer Ultraschall der Koronargefäße [IVUS]	179
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	140
13	3-200	Native Computertomographie des Schädels	125

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	3-054	Endosonographie des Duodenums	123
15	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	117
16	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	114
17	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	82
18	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	82
19	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	73
20	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	71
21	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	65
22	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	54
23	3-804	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens	54
24	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	53
25	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	50
26	1-63a	Kapselendoskopie des Dünndarms	48
27	5-482.01	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Schlingenresektion: Endoskopisch	41
28	3-05c.1	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane: Transurethral	41
29	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	40
30	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	40

### B-[11].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1484
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	768
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	628
4	3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	523
5	3-056	Endosonographie des Pankreas	353
6	3-05x	Andere Endosonographie	307
7	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	263

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	254
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	149
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	142

## B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI35 - Endoskopie
2	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

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

## B-[11].11 Personelle Ausstattung

### B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	13,18	13,13	0,05	0,00	13,18	151,7
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,03	2,98	0,05	0,00	3,03	660,1

#### Abkürzungen:

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

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

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

### B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[11].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	20,43	20,43	0,00	0,00	20,43	97,9
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,62	1,62	0,00	0,00	1,62	1234,6
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,47	0,47	0,00	0,00	0,47	4255,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,27	0,27	0,00	0,00	0,27	7407,4

**Abkürzungen:**

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Geriatric z. B. Zercur
2	Ernährungsmanagement

## B-[11].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

### Abkürzungen:

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

## B-[12] Klinik für Anästhesie VKH

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesie VKH
Straße:	Schloßstr.
Hausnummer:	85
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.vkkd-kliniken.de">http://www.vkkd-kliniken.de</a>

### B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Name/Funktion:	Herrn Dr. med. Dr. rer.nat. Herbert Bartsch, Chefarzt
Telefon:	0211 958 2731
Fax:	0211 958 2733

E-Mail:

bongenberg@vkkd-kliniken.de

## B-[12].1.3 Weitere Zugänge

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Anästhesie I</p> <p><i>Allgemeinanästhesien werden als Intubationsnarkose, mit Larynxmaske und als Maskennarkose durchgeführt. Als Narkoseverfahren werden die totale intravenöse Anästhesie, die balancierte Anästhesie und die Inhalationsanästhesie durchgeführt.</i></p>
2	<p>Anästhesie II</p> <p><i>Regionalanästhesien der oberen und unteren Extremitäten, rückenmarksnahe Leitungsanästhesien.</i></p>
3	<p>Schmerztherapie</p> <p><i>Medikamentös und mittels Schmerzkatheter (Armplexusanästhesien der verschiedenen Lokalitäten, Femoralis- oder Ischiadicus- Blockade, Periduralkatheter). Schmerzausschaltung durch eine vom Patienten gesteuerte Schmerzpumpe (PCA).</i></p>
4	Notfallversorgung / Notfallmedizin
5	<p>Intensivmedizin</p> <p><i>Operative Intensivmedizin. Kontinuierliche Überwachung des Herz-Kreislauf-Systems mit 24-Stunden-Speicherung- Erweitertes hämodynamisches Monitoring (Picco-System)- Invasive und nichtinvasive Beatmung- Nierenersatztherapie - Externe Herzschrittmacher-Versorgung</i></p>

## B-[12].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:

0

Teilstationäre Fallzahl:

0

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

### B-[12].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

### B-[12].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

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

### B-[12].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

## B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz

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

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

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

## B-[12].11 Personelle Ausstattung

### B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	12,17	12,05	0,12	0,00	12,17	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,98	6,86	0,12	0,00	6,98	0,0

**Abkürzungen:**

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

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

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Anästhesiologie

### B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Spezielle Schmerztherapie

### B-[12].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,63	8,63	0,00	0,00	8,63	0,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,23	0,23	0,00	0,00	0,23	0,0

**Abkürzungen:**

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

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

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
3	Praxisanleitung

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

### B-[12].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

**Abkürzungen:**

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

## B-[13] Klinik für Viszeral-, Minimalinvasive und Onkologische Chirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Viszeral-, Minimalinvasive und Onkologische Chirurgie
Straße:	Schloßstr.
Hausnummer:	85
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.vinzenz-duesseldorf.de/unsere_kliniken/allgemein_unfall_und_viszeralchirurgie/">http://www.vinzenz-duesseldorf.de/unsere_kliniken/allgemein_unfall_und_viszeralchirurgie/</a>

### B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Name/Funktion:	Herrn Dr. med. Konstantinos Zarras, Chefarzt
Telefon:	0211 958 2750
Fax:	0211 958 2757

E-Mail:

jana.boehme@vkkd-kliniken.de

## B-[13].1.3 Weitere Zugänge

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Proktologie</p> <p><i>Proktologie</i></p>
2	<p>Chirurgische Intensivmedizin</p> <p><i>Die postoperative Betreuung in allen Krankheitsstadien gesichert und erfolgt in enger interdisziplinärer Abstimmung mit der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin. Die Klinik für Viszeral-, Minimalinvasive- und Onkologische Chirurgie betreut eigenständig 4 Intermediate Care-Betten.</i></p>
3	<p>Magen-Darm-Chirurgie</p> <p><i>Der Schwerpunkt der Klinik liegt in der Behandlung von Erkrankungen des gesamten Verdauungstraktes inklusive der Proktologie und der verschiedenen Bauchwand- und Zwerchfellhernien. Ein akut entzündeter Blinddarm wird soweit möglich laparoskopisch entfernt.</i></p>
4	<p>Spezialsprechstunde</p> <p><i>- Zentrales Aufnahmemanagement (ZAM), Sprechstunden zu den Themen:- Reflux- Proktologische - Inkontinenz/ Stomaversorgung, - Hernien- Schilddrüsen- Wunden- Konsile- Berufsgenossenschaftliche und Unfallsprechstunde</i></p>
5	<p>Minimalinvasive laparoskopische Operationen</p> <p><i>Die laparoskopische Chirurgie ist ein ausgewiesener Schwerpunkt an der Klinik. Es kommen nahezu alle gängigen laparoskopischen Verfahren einschließlich selbst entwickelter Techniken zum Einsatz wie die Suprasymplysäre Gallenblasenentfernung zum Einsatz.</i></p>
6	<p>Behandlung von Dekubitalgeschwüren</p> <p><i>Durch Optimierung der Heilungsbedingungen zielt das Wundmanagement darauf, Beschwerden zu lindern, einer Komplikation oder Infektion vorzubeugen, eine Wundheilungsverzögerung zu verhindern und das kosmetische Resultat so optimal wie möglich zu gestalten.</i></p>
7	<p>Minimalinvasive endoskopische Operationen</p> <p><i>Moderne Hernien-Chirurgie ist eine zentrale Aufgabenstellung an der Klinik. Behandelt werden alle Formen von Hernien. Erkrankungen des gesamten Verdauungstraktes inklusive der Proktologie und der verschiedenen Bauchwand - und Zwerchfellhernien.</i></p>
8	<p>Tumorchirurgie</p> <p><i>Moderne Tumorthherapie ist eine zentrale Rolle im Aufgabenbereich der Klinik. Alle Formen der Magen-, Dick- und Dünndarmchirurgie werden angeboten. Dickdarmentfernung erfolgen fast ausschl. minimalinvasiv.</i></p>

## B-[13].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl: 637

Teilstationäre Fallzahl: 0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	216
2	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	135
3	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	48
4	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	31
5	L05.9	Pilonidalzyste ohne Abszess	25
6	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	24
7	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	18
8	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	16
9	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	9
10	K81.1	Chronische Cholezystitis	9
11	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	9
12	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	8
13	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	8
14	K60.3	Analfistel	5
15	K43.60	Epigastrische Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	5
16	K41.9	Hernia femoralis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	5
17	K40.10	Doppelseitige Hernia inguinalis mit Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	4
18	K40.21	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	4
19	K41.3	Hernia femoralis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	K62.3	Rektumprolaps	< 4
21	K61.0	Analabszess	< 4
22	K82.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenblase	< 4
23	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	< 4
24	D17.1	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes	< 4
25	K60.1	Chronische Analfissur	< 4
26	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	< 4
27	K62.2	Analprolaps	< 4
28	D17.2	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut der Extremitäten	< 4
29	K36	Sonstige Appendizitis	< 4
30	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	< 4

### B-[13].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

### B-[13].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	234
2	K80.1	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	135
3	K40.2	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	52
4	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	31
5	L05.9	Pilonidalzyste ohne Abszess	25
6	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	24
7	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	16
8	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	9
9	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	9
10	K81.1	Chronische Cholezystitis	9
11	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	9

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
12	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	8
13	K41.9	Hernia femoralis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	5
14	K60.3	Analfistel	5
15	K43.6	Epigastrische Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	5
16	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	4
17	K40.1	Doppelseitige Hernia inguinalis mit Gangrän	4
18	K82.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenblase	< 4
19	K62.3	Rektumprolaps	< 4
20	D17.1	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes	< 4
21	K41.3	Hernia femoralis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän	< 4
22	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	< 4
23	K40.3	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän	< 4
24	K61.0	Analabszess	< 4
25	K62.2	Analprolaps	< 4
26	K64.4	Marisken als Folgezustand von Hämorrhoiden	< 4
27	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	< 4
28	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	< 4
29	K36	Sonstige Appendizitis	< 4
30	K43.9	Epigastrische Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	< 4

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	304

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
2	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	267
3	5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	233
4	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	167
5	5-932.2	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Composite-Material	79
6	5-534.31	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal	58
7	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	34
8	5-897.1	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Plastische Rekonstruktion	26
9	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	26
10	8-192.1d	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Gesäß	20
11	5-536.41	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal	19
12	5-530.72	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	17
13	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	16
14	5-983	Reoperation	13
15	8-192.1g	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Fuß	11
16	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage	10
17	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	10
18	8-192.1f	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Unterschenkel	10
19	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	10

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	9
21	8-192.0d	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Kleinflächig: Gesäß	9
22	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	8
23	5-482.b0	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Vollwandexzision, mit Stapler, peranal: Zirkulär [Manschettenresektion]	8
24	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	8
25	5-535.31	Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal	7
26	5-531.32	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	7
27	5-530.73	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	6
28	1-999.1	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Fluoreszenzgestützte diagnostische Verfahren	5
29	5-493.5	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Mit Stapler	5
30	8-192.1e	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Oberschenkel und Knie	5

### B-[13].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	383
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	292
3	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	267
4	5-511	Cholezystektomie	169
5	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	59
6	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	27
7	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	19
8	5-470	Appendektomie	16

## B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

## B-[13].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	4
3	1-697	Diagnostische Arthroskopie	< 4
4	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	< 4
5	5-854	Rekonstruktion von Sehnen	< 4
6	5-846	Arthrodese an Gelenken der Hand	< 4
7	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4

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

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

## B-[13].11 Personelle Ausstattung

### B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	3,23	3,23	0,00	0,00	3,23	197,2
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,69	2,69	0,00	0,00	2,69	236,8

**Abkürzungen:**

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

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

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

### B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Proktologie
2	Spezielle Viszeralchirurgie

### B-[13].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,23	4,23	0,00	0,00	4,23	150,6
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,40	0,40	0,00	0,00	0,40	1592,5

**Abkürzungen:**

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

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

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
3	Operationsdienst
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung

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

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

### B-[13].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

**Abkürzungen:**

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

## B-[14] Klinik für Gefäßchirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Gefäßchirurgie
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>

### B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1800) Gefäßchirurgie

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

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Ralf Kolvenbach, Chefarzt
Telefon:	0211 9043 301
Fax:	0211 9043 309
E-Mail:	info@augusta-duesseldorf.de

## B-[14].1.3 Weitere Zugänge

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
2	Chirurgische Intensivmedizin
3	Aortenaneurysmachirurgie
4	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
5	Spezialprechstunde
6	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen

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

Vollstationäre Fallzahl:	1503
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	248
2	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	197

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	126
4	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	121
5	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	72
6	I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	67
7	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	66
8	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	61
9	A46	Erysipel [Wundrose]	44
10	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	27
11	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	27
12	I71.6	Aortenaneurysma, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur	21
13	I70.1	Atherosklerose der Nierenarterie	17
14	I87.21	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) mit Ulzeration	16
15	I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	15
16	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	14
17	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	12
18	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	11
19	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	10
20	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	10
21	I77.0	Arteriovenöse Fistel, erworben	9
22	I89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	9
23	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	9
24	K55.1	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes	8
25	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	7
26	I87.00	Postthrombotisches Syndrom ohne Ulzeration	7
27	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	7
28	I77.1	Arterienstriktur	7
29	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	6
30	I71.03	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur	6

### B-[14].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70	Atherosklerose	582

### B-[14].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien	564
2	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	197
3	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	72
4	I80.2	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der Beckenvenen	70
5	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	61
6	A46	Erysipel [Wundrose]	44
7	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	27
8	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	27
9	I71.6	Aortenaneurysma, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur	21
10	I87.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)	19
11	I70.1	Atherosklerose der Nierenarterie	17
12	I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	15
13	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	14
14	I83.0	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration	12
15	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	11
16	I71.0	Dissektion der Aorta	10
17	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	10
18	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	10

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
19	I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale	9
20	I89.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	9
21	I77.0	Arteriovenöse Fistel, erworben	9
22	K55.1	Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes	8
23	I87.0	Postthrombotisches Syndrom	8
24	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	7
25	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	7
26	I77.1	Arterienstriktur	7
27	E11.7	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen	7
28	K55.0	Akute Gefäßkrankheiten des Darmes	6
29	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	6
30	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	6

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	390
2	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	291
3	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	275
4	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	150
5	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	131
6	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	127
7	3-603	Arteriographie der thorakalen Gefäße	123
8	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	122
9	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	119
10	5-930.4	Art des Transplantates: Alloplastisch	118

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	3-612.x	Phlebographie der Gefäße von Abdomen und Becken: Sonstige	95
12	5-381.02	Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	94
13	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	91
14	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	89
15	5-385.96	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvarize	84
16	5-395.70	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	73
17	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	72
18	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	69
19	5-38a.c0	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, ohne Öffnung	62
20	5-394.2	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates	61
21	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	57
22	3-200	Native Computertomographie des Schädels	57
23	8-840.0q	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin	56
24	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	54
25	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	53
26	5-38a.u2	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Art des Endes der untersten Stent-Prothese: Aortobiliakale Stent- Prothese	51
27	5-380.70	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	51
28	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	51
29	5-395.02	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	48
30	5-380.02	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	46

## B-[14].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	390
2	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	342
3	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	291
4	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	275
5	5-916	Temporäre Weichteildeckung	251
6	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	242
7	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	222
8	5-381	Endarteriektomie	215

## B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
3	GEFÄßCHIRURGISCHE AMBULANZ
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Nachstationäre Betreuung</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	135
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
3	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
4	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	< 4
5	5-640	Operationen am Präputium	< 4
6	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	< 4
7	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	< 4

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[14].11 Personelle Ausstattung

### B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche  
Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	11,94	11,94	0,00	0,00	11,94	125,9
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,58	4,58	0,00	0,00	4,58	328,2

#### Abkürzungen:

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

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

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

### B-[14].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Phlebologie

### B-[14].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche  
Arbeitszeiten 38,50

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

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	31,77	31,77	0,00	0,00	31,77	47,3
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,32	1,32	0,00	0,00	1,32	1138,6
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,87	0,87	0,00	0,00	0,87	1727,6
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,80	0,80	0,00	0,00	0,80	1878,8
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,30	0,30	0,00	0,00	0,30	5010,0

**Abkürzungen:**

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

### B-[14].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

### B-[14].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Geriatric z. B. Zercur
2	Wundmanagement z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
3	Entlassungsmanagement

## B-[14].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

### Abkürzungen:

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

## B-[15] Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und endokrine Chirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und endokrine Chirurgie
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.augusta-duesseldorf.de">http://www.augusta-duesseldorf.de</a>

### B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1520) Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Karl-Heinz Schultheis, Chefarzt
Telefon:	0211 9043 311
Fax:	0211 9043 319
E-Mail:	vte-chirurgie@vkkd-kliniken.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Magen-Darm-Chirurgie <i>Alle Operationen auch in minimalinvasiver Technik</i>
2	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax <i>Lungenfunktionsstörungen Pleuraempyem bösartige Pleuraergüsse. Thymusresektion,</i>
3	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie <i>Alle Operationen auch in minimalinvasiver Technik</i>
4	Endokrine Chirurgie <i>Gut- und bösartige Schilddrüsenerkrankungen (Schilddrüsenentfernung), primärer und sekundärer Hyperparathyreoidismus. (Nebenschilddrüsenerkrankung.)</i>
5	Lungenchirurgie <i>Chirurgie der Lungenerkrankungen (Metastasenchirurgie, Bronchialkarzinome) Lungenfunktionsstörungen</i>
6	Operationen wegen Thoraxtrauma <i>Pneumothorax</i>
7	Minimalinvasive endoskopische Operationen
8	Erkrankungen des lymphatischen Systems /Thymus). Erkrankungen der Nervenstränge.
9	Gallensteine, Tumoren des Magens- und der Speiseröhre. Krankheiten der Bauchspeicheldrüse. Leistenbrüche (Hernien) sowie Narben- und Nabelbrüche. <i>Operationen in konventioneller und minimalinvasiver Technik (Schlüsselloch-Chirurgie).</i>
10	Krankheitsbilder "Hormondrüsen" <i>Erkrankungen der Schild- und Nebenschilddrüse (Schilddrüsenknoten) Nebennierenerkrankungen. Tumoren und Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	519
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	96
2	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	39
3	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	26
4	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	23
5	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	20
6	E04.1	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten	19
7	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	17
8	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	15
9	E04.0	Nichttoxische diffuse Struma	13
10	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	10
11	E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	10
12	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	9
13	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	9
14	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	8
15	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	8
16	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	6
17	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	6
18	K35.32	Akute Appendizitis mit Peritonealabszess	6
19	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	5
20	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	5
21	K80.11	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Mit Gallenwegsobstruktion	4
22	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	4
23	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	4
24	K57.20	Divertikulose des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	4
25	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	4
26	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	< 4
28	J93.1	Sonstiger Spontanpneumothorax	< 4
29	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	< 4
30	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	< 4

### B-[15].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

### B-[15].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	96
2	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	47
3	C73	Bösartige Neubildung der Schilddrüse	26
4	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	24
5	K80.1	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	24
6	E04.1	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten	19
7	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	18
8	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	16
9	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	15
10	E04.0	Nichttoxische diffuse Struma	13
11	K40.2	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	10
12	E05.2	Hyperthyreose mit toxischer mehrknotiger Struma	10
13	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	9
14	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	9
15	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	6
16	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	6

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
17	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	5
18	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	5
19	K40.3	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän	5
20	K57.2	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	5
21	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	4
22	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	4
23	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	4
24	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	4
25	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	< 4
26	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	< 4
27	D34	Gutartige Neubildung der Schilddrüse	< 4
28	J93.1	Sonstiger Spontanpneumothorax	< 4
29	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	< 4
30	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	< 4

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	189
2	5-984	Mikrochirurgische Technik	154
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	81
4	5-062.5	Andere partielle Schilddrüsenresektion: Subtotale Resektion, einseitig mit Hemithyreoidektomie der Gegenseite	70

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	5-056.0	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	69
6	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	66
7	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	65
8	5-061.0	Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	58
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	44
10	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	43
11	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	37
12	5-063.0	Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	37
13	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	35
14	5-069.30	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Replantation einer Nebenschilddrüse: Orthotop	33
15	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	31
16	5-932.1	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material	31
17	5-983	Reoperation	26
18	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	24
19	8-914.01	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: An der Brustwirbelsäule	24
20	8-176.2	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage)	24
21	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	20
22	5-98c.0	Anwendung eines Klammernahtgerätes: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	17
23	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	17
24	5-345.6	Pleurodese [Verödung des Pleuraspaltes]: Durch Instillation	16
25	5-900.1f	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Unterschenkel	16
26	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss	16

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	16
28	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	15
29	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	15
30	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	15

### B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	223
2	5-984	Mikrochirurgische Technik	154
3	5-062	Andere partielle Schilddrüsenresektion	83
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	81
5	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	79
6	5-511	Cholezystektomie	77
7	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	66
8	5-469	Andere Operationen am Darm	63
9	5-061	Hemithyreoidektomie	60
10	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	60

### B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<b>PRIVATAMBULANZ</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
2	<b>VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V</b>
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VC11 - Lungenchirurgie

## B-[15].11 Personelle Ausstattung

### B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	4,06	4,06	0,00	0,00	4,06	127,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,00	3,00	0,00	0,00	3,00	173,0

**Abkürzungen:**

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

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

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Viszeralchirurgie
2	Thoraxchirurgie
3	Orthopädie und Unfallchirurgie
4	Allgemeinchirurgie

### B-[15].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[15].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,50

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	16,70	16,70	0,00	0,00	16,70	31,1
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,12	0,12	0,00	0,00	0,12	4325,0

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,10	0,10	0,00	0,00	0,10	5190,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,80	0,80	0,00	0,00	0,80	648,8
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	51900,0

**Abkürzungen:**

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

### B-[15].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Notfallpflege
4	Praxisanleitung
5	Hygienebeauftragte in der Pflege

### B-[15].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

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

### B-[15].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

**Abkürzungen:**

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

## B-[16] Klinik für Sportorthopädie

### B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Sportorthopädie
Straße:	Schloßstr.
Hausnummer:	85
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.vkkd-kliniken.de">http://www.vkkd-kliniken.de</a>

#### B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2315) Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie

#### B-[16].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Name/Funktion:	Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Nebelung, Chefarzt
Telefon:	0211 958 2300
Fax:	0211 958 2305
E-Mail:	sportorthopaedie.duesseldorf@vkkd-kliniken.de

#### B-[16].1.3 Weitere Zugänge

### B-[16].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

### B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen <i>Sehnen- und Bandverletzungen, Entzündungen.</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
2	<p>Sportmedizin/Sporttraumatologie</p> <p><i>Durch den Verzicht auf die Gelenköffnung erfolgt der Eingriff schmerz- und nebenwirkungsärmer, zudem verläuft die Rehabilitation problemloser. Nicht nur Kniegelenke, sondern auch Schulter, Ellenbogen und oberes Sprunggelenk können heute arthroskopisch behandelt werden.</i></p>
3	<p>Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes</p> <p><i>Akute und chronische Schultergelenksprengungen, Sehnenrisse, Kapsel-/Labrumverletzungen.</i></p>
4	<p>Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels</p> <p><i>Arthroskopische Behandlung des femoroacetabulären Impingements (FAI) Arthroskopische Operationen an Schäden der Gelenkklippe (Labrum acetabulare) Entfernung freier Gelenkkörper</i></p>
5	<p>Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes</p> <p><i>Arthroskopische und offene OSG Operationen, Bandrekonstruktionen, Knorpelchirurgie</i></p>
6	<p>Arthroskopische Operationen</p> <p><i>Gesamte akute und rekonstruktive Bandchirurgie des Kniegelenkes, Revisionseingriffe, Kniescheibenoperationen, Knorpeltransplantationen, Umstellungsosteotomien.</i></p>
7	<p>Bandrekonstruktionen/Plastiken</p> <p><i>Operationen zur Stabilisierung der Seitenbänder des Kniegelenks, Knorpelglättungen, Mikrofrakturierungen Autologe Knorpel-Knochen- Transplantation (OATS). Kreuzbandverletzungen - Vordere/Hintere Kreuzbandoperation u. Revisionsoperation</i></p>
8	<p>Schulterchirurgie II</p> <p><i>Arthroskopische oder offene Operationen nach Schulterluxationen Arthroskopische Operationen von Schäden der Gelenkklippe (SLAP-Läsion, Labrumverletzung) Probleme der Bizepssehne und deren Verankerung Schultersteife (kapsuläre Schultersteife, sog. frozen shoulder)</i></p>
9	<p>Diagnostik und Therapie von Arthropathien</p> <p><i>Arthroskopische Meniskus- OP (Teilentfernung) Meniskusnähte, Meniskustransplantation CM Meniskustransplantation, Allogene Meniskustranspla</i></p>
10	<p>Schulterchirurgie</p> <p><i>Instabilitäten des Acromioclaviculargelenks (AC-Gelenks), sog. Tossy-Verletzung Arthroskopische Kalkentfernung aus dem Schultergelenk (sog. Tendinitis calcarea) Einsetzen und Wechsel von Schultergelenkprothesen</i></p>
11	<p>Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels</p> <p><i>Autologe Chondrozytentransplantation (ACT) Kniescheibenoperationen bei Instabilität oder Schmerzen Operationen bei Osteochondrosis dissecans</i></p>
12	<p>Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes</p> <p><i>Lösen von Versteifungen des Kniegelenks (Arthrolyse) Umstellungsoperationen am Kniegelenk (Achskorrekturen) Einbau einer Schlittenprothese</i></p>
13	<p>Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes</p> <p><i>Entfernung von Ganglien, Schleimhautfalten und Synovialhaut (Synovektomie)</i></p>
14	<p>Knorpelschäden an Hüftkopf und -pfanne</p> <p><i>Arthroskopische Therapie umschriebener Knorpelschäden an Hüftkopf und Pfanne Arthroskopische Probenentnahme und Entfernung von Gelenkinnenhaut (Synovektomie)</i></p>

## B-[16].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

## B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 920

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M23.23	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus	99
2	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	74
3	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	64
4	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	61
5	M19.91	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	59
6	M22.2	Krankheiten im Patellofemoralbereich	58
7	S83.2	Meniskusriss, akut	32
8	M25.31	Sonstige Instabilität eines Gelenkes: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	32
9	M23.99	Binnenschädigung des Kniegelenkes, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnetes Band oder nicht näher bezeichneter Meniskus	27
10	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	21
11	M23.36	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Außenmeniskus	20
12	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	17
13	Q74.2	Sonstige angeborene Fehlbildungen der unteren Extremität(en) und des Beckengürtels	15
14	M22.0	Habituelle Luxation der Patella	14
15	M23.22	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Innenmeniskus	14
16	M67.46	Ganglion: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	14
17	M23.51	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband	12
18	M21.16	Varusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	11
19	Q65.8	Sonstige angeborene Deformitäten der Hüfte	11
20	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	11

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	10
22	M75.0	Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel	10
23	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	9
24	M93.26	Osteochondrosis dissecans: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	9
25	M19.01	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	8
26	M23.33	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus	8
27	S46.0	Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette	7
28	M21.06	Valgusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	7
29	M75.2	Tendinitis des M. biceps brachii	6
30	M00.96	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	6

### B-[16].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

### B-[16].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	M23.2	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung	120
2	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	74
3	S83.5	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes mit Beteiligung des (vorderen) (hinteren) Kreuzbandes	68
4	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	61
5	M19.9	Arthrose, nicht näher bezeichnet	59
6	M22.2	Krankheiten im Patellofemoralbereich	58
7	M23.3	Sonstige Meniskusschädigungen	39
8	M25.3	Sonstige Instabilität eines Gelenkes	33
9	S83.2	Meniskusriss, akut	32
10	M23.9	Binnenschädigung des Kniegelenkes, nicht näher bezeichnet	27
11	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	21

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
12	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	17
13	Q74.2	Sonstige angeborene Fehlbildungen der unteren Extremität(en) und des Beckengürtels	15
14	M67.4	Ganglion	14
15	M22.0	Habituelle Luxation der Patella	14
16	M19.0	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke	14
17	M23.5	Chronische Instabilität des Kniegelenkes	13
18	M25.6	Gelenksteife, anderenorts nicht klassifiziert	11
19	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	11
20	M21.1	Varusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert	11
21	Q65.8	Sonstige angeborene Deformitäten der Hüfte	11
22	M93.2	Osteochondrosis dissecans	11
23	M75.0	Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel	10
24	M25.5	Gelenkschmerz	9
25	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	9
26	M21.8	Sonstige näher bezeichnete erworbene Deformitäten der Extremitäten	7
27	M21.0	Valgusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert	7
28	M00.9	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet	7
29	S46.0	Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette	7
30	M23.8	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes	6

### B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-697.7	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	478
2	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	294
3	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	269

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	1-697.1	Diagnostische Arthroskopie: Schultergelenk	266
5	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	227
6	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	207
7	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	198
8	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	154
9	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Osteosynthesematerial bei Operationen am Weichteilgewebe	86
10	5-983	Reoperation	83
11	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	81
12	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik vorderes Kreuzband mit sonstiger autogener Sehne	80
13	5-819.x1	Andere arthroskopische Operationen: Sonstige: Akromioklavikulargelenk	72
14	5-786.k	Osteosyntheseverfahren: Durch winkelstabile Platte	52
15	5-814.1	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Refixation des Labrum glenoidale durch sonstige Verfahren	33
16	5-814.7	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenotomie der langen Bizepssehne	29
17	5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	29
18	5-811.20	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humeroglenoidalgelenk	27
19	5-781.9h	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Femur distal	26
20	5-852.f8	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entnahme von Sehngewebe zur Transplantation: Oberschenkel und Knie	24
21	5-781.9k	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Tibia proximal	23
22	5-787.kh	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Femur distal	22
23	5-810.20	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humeroglenoidalgelenk	22

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	5-814.9	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenodesse der langen Bizepssehne	21
25	5-803.6	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk: Medialer Bandapparat	19
26	5-800.0h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Kniegelenk	19
27	5-787.kk	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Tibia proximal	18
28	5-812.kh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Kniegelenk	18
29	5-786.3	Osteosyntheseverfahren: Durch Winkelplatte/ Kondylenplatte	17
30	1-482.x	Arthroskopische Biopsie an Gelenken: Sonstige	17

### B-[16].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-697	Diagnostische Arthroskopie	755
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	465
3	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	367
4	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	294
5	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	288
6	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	269
7	5-781	Osteotomie und Korrekturosteotomie	92
8	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	92
9	5-819	Andere arthroskopische Operationen	90
10	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	90

### B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
2	DIAGNOSTIK UND THERAPIE VON SONSTIGEN VERLETZUNGEN (VC42)
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Bei Bedarf ist eine vor- und nachstationäre Versorgung möglich.</i>

## B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	13
2	1-697	Diagnostische Arthroskopie	10
3	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	5
4	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4

## B-[16].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: **Nein**

## B-[16].11 Personelle Ausstattung

### B-[16].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten **40**

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	4,49	4,49	0,00	0,00	4,49	204,9
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,69	2,69	0,00	0,00	2,69	342,0

#### Abkürzungen:

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

### B-[16].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

## B-[16].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[16].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,81	3,81	0,00	0,00	3,81	241,5
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,35	0,35	0,00	0,00	0,35	2628,6
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,03	0,03	0,00	0,00	0,03	30666,7

**Abkürzungen:**

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

### B-[16].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

### B-[16].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

### B-[16].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

**Abkürzungen:**

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

## B-[17] Klinik Wirbelsäule & Schmerz

### B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik Wirbelsäule & Schmerz
Straße:	Schloßstr.
Hausnummer:	85
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.vkkd-kliniken.de">http://www.vkkd-kliniken.de</a>

#### B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3753) Schmerztherapie
2	(1700) Neurochirurgie
3	(2300) Orthopädie

#### B-[17].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Jörg Herdmann, g. Prof. CHN , Chefarzt
Telefon:	0211 958 2900
Fax:	0211 958 2949
E-Mail:	sek-wirbel@vkkd-kliniken.de

#### B-[17].1.3 Weitere Zugänge

### B-[17].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens</p> <p><i>Mikrochirurgische Dekompressionen bei Einengungen von Nerven, Nervenwurzeln und/oder Rückenmarksstrukturen.</i></p>
2	<p>Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens</p> <p><i>Akutversorgung frischtraumatisierter Patienten bzw. der Bandscheibenpatienten mit neurologischem Defizit-Durchführung minimalinvasiver Verfahren, wie endoskopische Bandscheibenoperationen und Vertebroplastien</i></p>
3	<p>Rheumachirurgie</p> <p><i>Operative Behandlung von Veränderungen, die durch Rheuma hervorgerufen werden.</i></p>
4	<p>Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie</p> <p><i>Multimodale Schmerztherapie mit Bildwandler- und CT-gesteuerten Infiltrationen, z.B. am Rückenmarkskanal, an die Nervenwurzeln oder an den Gelenken der Wirbelsäule.</i></p>
5	<p>Wirbelsäulenchirurgie</p> <p><i>Durch unsere internationalen Kontakte und ärztlichen Austauschprogramme pflegen wir eine ständige Diskussion mit anerkannten Wirbelsäulenchirurgen überall auf der Welt.</i></p>
6	<p>Spezialsprechstunde</p> <p><i>Planung komplexer Rekonstruktionen und Stabilisierungen der Wirbelsäule bei Tumoren, Deformitäten oder degenerative Erkrankungen</i></p>

## B-[17].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

### B-[17].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1645
Teilstationäre Fallzahl:	0

### B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	263
2	M54.4	Lumboischialgie	254
3	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	216
4	M54.5	Kreuzschmerz	159
5	M42.16	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen: Lumbalbereich	53
6	M80.00	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen	48

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	M50.0	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie	44
8	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	42
9	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	41
10	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	37
11	M19.05	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	35
12	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	29
13	G57.8	Sonstige Mononeuropathien der unteren Extremität	28
14	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	25
15	S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2	22
16	M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	22
17	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	20
18	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	16
19	M43.16	Spondylolisthesis: Lumbalbereich	16
20	S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3	14
21	M53.26	Instabilität der Wirbelsäule: Lumbalbereich	12
22	S22.04	Fraktur eines Brustwirbels: T7 und T8	11
23	S22.05	Fraktur eines Brustwirbels: T9 und T10	11
24	M54.2	Zervikalneuralgie	10
25	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	9
26	M46.46	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich	8
27	M84.48	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	8
28	S32.05	Fraktur eines Lendenwirbels: L5	7
29	G97.80	Postoperative Liquoristel	7
30	S32.04	Fraktur eines Lendenwirbels: L4	7

### B-[17].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M54	Rückenschmerzen	433

## B-[17].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	263
2	M54.4	Lumboischialgie	254
3	M48.0	Spinal(kanal)stenose	250
4	M54.5	Kreuzschmerz	159
5	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	75
6	S22.0	Fraktur eines Brustwirbels	67
7	M42.1	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen	54
8	M80.0	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur	49
9	M50.0	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie	44
10	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	42
11	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	37
12	M19.0	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke	36
13	G57.8	Sonstige Mononeuropathien der unteren Extremität	28
14	M80.8	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur	25
15	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	20
16	M43.1	Spondylolisthesis	17
17	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	16
18	M53.2	Instabilität der Wirbelsäule	13
19	M46.4	Diszitis, nicht näher bezeichnet	11
20	M79.2	Neuralgie und Neuritis, nicht näher bezeichnet	11
21	M54.2	Zervikalneuralgie	10
22	M54.1	Radikulopathie	10
23	F45.4	Anhaltende Schmerzstörung	9
24	G97.8	Postoperative epidurale spinale Blutung	9

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
25	M84.4	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert	8
26	S12.2	Fraktur des 3. Halswirbels	7
27	M47.8	Sonstige Spondylose	6
28	G83.1	Monoparese und Monoplegie einer unteren Extremität	6
29	R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz	6
30	M96.1	Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert	5

### B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	714
2	8-917.13	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule	625
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	557
4	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	457
5	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	429
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	393
7	5-830.4	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Drainage	333
8	5-831.0	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe	287
9	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	286
10	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	283
11	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	254
12	1-503.4	Biopsie an Knochen durch Inzision: Wirbelsäule	206
13	5-032.20	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 1 Segment	192
14	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	166
15	5-83a.02	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation: 3 oder mehr Segmente	163

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	5-839.61	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente	159
17	5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 2 Segmente	138
18	5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment	127
19	5-830.0	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Debridement	126
20	5-839.90	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung: 1 Wirbelkörper	101
21	5-830.1	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Sequesteromie	97
22	8-918.01	Multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon weniger als 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	88
23	5-983	Reoperation	86
24	5-032.11	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 2 Segmente	86
25	5-839.5	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Revision einer Wirbelsäulenoperation	82
26	5-030.70	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 1 Segment	77
27	5-036.8	Plastische Operationen an Rückenmark und Rückenmarkhäuten: Spinale Duraplastik	76
28	5-836.50	Spondylodese: Ventral: 1 Segment	68
29	8-914.1x	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: Sonstige	67
30	5-032.30	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Hemilaminektomie LWS: 1 Segment	67

### B-[17].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	55
2	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	37
3	8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	17
4	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	< 4
6	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	< 4
7	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4

## B-[17].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	MULTIMODALE SCHMERZTHERAPIE (VO18)
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
	<i>Schmerztherapie</i>
2	SCHMERZAMBULANZ
	Privatambulanz
	<i>Zertifiziert für die Spinale Neurochirurgie/Wirbelsäulenchirurgie</i>
3	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Notfallversorgung</i>

## B-[17].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4
2	5-808	Arthrodesse	< 4

## B-[17].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[17].11 Personelle Ausstattung

### B-[17].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	13,85	13,85	0,00	0,00	13,85	118,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,42	7,42	0,00	0,00	7,42	221,7

**Abkürzungen:**

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

### B-[17].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie
2	Orthopädie und Unfallchirurgie
3	Neurochirurgie
4	Allgemeinchirurgie
5	Physikalische und Rehabilitative Medizin

### B-[17].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Akupunktur
2	Intensivmedizin
3	Palliativmedizin
4	Spezielle Schmerztherapie

### B-[17].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	28,40	26,64	1,76	0,00	28,40	57,9
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,16	0,16	0,00	0,00	0,16	10281,3

**Abkürzungen:**

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

### B-[17].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

### B-[17].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes
2	Entlassungsmanagement

### B-[17].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

**Abkürzungen:**

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

## B-[18] Klinik für Orthopädie VKH

### B-[18].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Orthopädie VKH
Straße:	Schloßstr.
Hausnummer:	85

PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="https://www.vinzenz-duesseldorf.de/behandlungsangebote/kliniken/orthopaedie/">https://www.vinzenz-duesseldorf.de/behandlungsangebote/kliniken/orthopaedie/</a>

### B-[18].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2300) Orthopädie

### B-[18].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Christoph Schnurr, Chefarzt
Telefon:	0211 958 2900
Fax:	0211 958 2890
E-Mail:	ortho@vkkd-kliniken.de

### B-[18].1.3 Weitere Zugänge

## B-[18].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

## B-[18].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen</p> <p><i>MRT (evtl. mit Kontrastmittel)-/ CT-/ Ultraschall-, und Röntgen-Diagnostik, arthroskopische/offen-chirurgische Gelenkoperation mit feingeweblicher Untersuchung (Histologie), Entfernung der Gelenkinnenhaut (Synovektomie), Verödung der Gelenkinnenhaut (chemische Synoviorthese).</i></p>
2	<p>Arthroskopische Operationen</p> <p><i>Arthroskopische Hüftgelenkoperationen mit Entfernung und Wiederherstellung defekter Gewebes- und Gelenkanteilen. Arthroskopie bei einliegender Endoprothese am Kniegelenk (auch mit PE-Entnahme zum Infektausschluss) Sprunggelenksarthroskopie</i></p>
3	<p>Spezialprechstunde</p> <p><i>Fußsprechstunde (dienstags 14-16.00 Uhr) Endoprothetik Revisionsprechstunde (mittwochs 14-16.00 Uhr)</i></p>
4	<p>arthroskopische Chirurgie</p> <p><i>Gesamtes Spektrum arthroskopischer Methoden an allen großen Gelenken (Knie-, Schulter-, Ellenbogen- und Sprunggelenk-Arthroskopie) - arthroskopische Gelenkoperationen mit Entfernung und Wiederherstellung defekter Gewebes- und Gelenkanteilen.</i></p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
5	<p>Fußchirurgie</p> <p><i>Korrigierende Vor- und Mittel-/Rückfußoperationen bei Ballenzeh (Hallux valgus), Verschleiß des Großzehengrundgelenkes (Hallux rigidus), Spreizfuß (mit Metatarsalgie), Krallen-/Hammerzehen.</i></p>
6	<p>Diagnostik und Therapie von Arthropathien</p> <p><i>MRT- und Röntgen-Diagnostik, arthroskopische/offen-chirurgische Gelenkoperation mit feingeweblicher Untersuchung (Histologie), Knorpeltherapie, Glenkersatz / -teilersatz.</i></p>
7	<p>Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie</p> <p><i>Konservative Schmerztherapie inkl. intraartikulärer, ggf. bildgebungsgesteuerter Infiltration, Analgesie, Physiotherapie, Akkupunktur, Manuelle Medizin</i></p>
8	<p>Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien</p> <p><i>MRT- und Röntgen-Diagnostik, arthroskopische/offen-chirurgische Gelenkoperation/-revision mit feingeweblicher Untersuchung (Histologie), Knorpeltherapie, Glenkersatz / -teilersatz (Endoprothese/Hemiprothese). Hüftgelenksarthroskopie</i></p>
9	<p>Sonstige Behandlungsmöglichkeiten</p> <p><i>Behandlung von Beinachsenfehlstellungen im Bereich der Hüfte und des Kniegelenkes, Behandlung von Beinlängenunterschieden sowie Hüftluxationen/Verrenkung des Hüftkopfes- gelenkerhaltende Hüft-, Knie- und Schulterchirurgie - operative Sprunggelenksversorgung.</i></p>
10	<p>Endoprothetik</p> <p><i>Zertifiziertes Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung mit Hüft-, Knie-, Sprunggelenksendoprothetik einschließlich aufwändiger Revisions-/Wechselendoprothetik, Eingriffe auch minimalinvasiv.</i></p>
11	<p>Schmerztherapie</p> <p><i>Schmerztherapeutisches Zentrum</i></p>
12	<p>Metall-/Fremdkörperentfernungen</p> <p><i>Metall-/Fremdkörperentfernungen im Bereich der Unteren-/ und Oberen Extremitäten</i></p>
13	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
14	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
18	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
19	Kinderorthopädie
20	Rheumachirurgie
21	Traumatologie
22	Bandrekonstruktionen/Plastiken
23	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
24	Septische Knochenchirurgie
25	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
26	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
27	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels

## MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

28	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
29	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
30	Spezialsprechstunde

## B-[18].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

## B-[18].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	903
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[18].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	329
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	245
3	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	63
4	M20.1	Hallux valgus (erworben)	27
5	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	21
6	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	20
7	M87.85	Sonstige Knochennekrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	19
8	M20.2	Hallux rigidus	8
9	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	8
10	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	8
11	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	7
12	T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	7
13	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet	7
14	M21.61	Erworbener Knick-Plattfuß [Pes planovalgus]	6
15	M19.17	Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	6
16	M20.5	Sonstige Deformitäten der Zehe(n) (erworben)	5
17	Q66.6	Sonstige angeborene Valgusdeformitäten der Füße	5

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	M19.07	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	5
19	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	5
20	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose	4
21	T84.8	Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	4
22	M84.17	Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
23	M93.27	Osteochondrosis dissecans: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
24	M84.15	Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4
25	S76.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris	< 4
26	M16.5	Sonstige posttraumatische Koxarthrose	< 4
27	M24.85	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4
28	M76.6	Tendinitis der Achillessehne	< 4
29	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
30	M20.4	Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)	< 4

### B-[18].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	369

### B-[18].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	329
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	245
3	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	63
4	M20.1	Hallux valgus (erworben)	27
5	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	21
6	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	20

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
7	M87.8	Sonstige Knochennekrose	19
8	M20.2	Hallux rigidus	8
9	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	8
10	M21.6	Erworbener Hohlfuß [Pes cavus]	8
11	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	8
12	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	8
13	T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesvorrichtung an Extremitätenknochen	7
14	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet	7
15	M19.1	Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke	6
16	M84.1	Nichtvereinigung der Frakturrenden [Pseudarthrose]	6
17	M19.0	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke	5
18	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	5
19	M20.5	Sonstige Deformitäten der Zehe(n) (erworben)	5
20	Q66.6	Sonstige angeborene Valgusdeformitäten der Füße	5
21	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose	4
22	T84.8	Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	4
23	M93.2	Osteochondrosis dissecans	< 4
24	M16.5	Sonstige posttraumatische Koxarthrose	< 4
25	M24.8	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
26	S76.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris	< 4
27	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	< 4
28	M20.4	Sonstige Hammerzehe(n) (erworben)	< 4
29	S72.0	Schenkelhalsfraktur	< 4
30	M96.0	Pseudarthrose nach Fusion oder Arthrodese	< 4

## B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	311
2	5-988	Anwendung eines Navigationssystems	259
3	5-800.4h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Kniegelenk	251
4	5-804.5	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Teilresektion der Patella	251
5	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert	219
6	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	67
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	57
8	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	55
9	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	53
10	5-784.0d	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen: Becken	51
11	5-829.k	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	48
12	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	41
13	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	32
14	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert	32
15	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	31
16	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	30
17	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	29
18	1-854.6	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Hüftgelenk	27
19	5-800.5g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Hüftgelenk	25
20	5-786.1	Osteosyntheseverfahren: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage	25

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung	22
22	5-829.e	Andere gelenkplastische Eingriffe: Verwendung von hypoallergenem Knochenersatz- und/oder Osteosynthesematerial	21
23	5-800.5h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Kniegelenk	21
24	5-788.40	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 1. Zehenstrahles	19
25	5-829.h	Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk	16
26	5-823.2b	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert	15
27	5-785.4h	Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Metallischer Knochenersatz: Femur distal	15
28	5-784.7d	Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen: Becken	14
29	5-808.b2	Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 1 Gelenk	13
30	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	13

### B-[18].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	406
2	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	382
3	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	274
4	5-988	Anwendung eines Navigationssystems	259
5	5-804	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat	256
6	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	116
7	5-784	Knochen transplantation und -transposition	94
8	5-786	Osteosyntheseverfahren	87
9	5-986	Minimalinvasive Technik	67
10	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	67

## B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
2	SPEZIALSPRECHSTUNDE (VC58)
	Privatambulanz
3	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
4	AMBULANZ IM RAHMEN EINES VERTRAGES ZUR INTEGRIERTEN VERSORGUNG NACH § 140A ABSATZ 1 SGB V
	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V

## B-[18].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

### B-[18].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-[18].11 Personelle Ausstattung

### B-[18].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	9,64	9,64	0,00	0,00	9,64	93,7
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,77	5,77	0,00	0,00	5,77	156,5

#### Abkürzungen:

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

### B-[18].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[18].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Akupunktur
2	Manuelle Medizin/Chirotherapie
3	Spezielle Orthopädische Chirurgie
4	Notfallmedizin

### B-[18].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,50
---	-------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	12,38	12,38	0,00	0,00	12,38	72,9
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,13	1,13	0,00	0,00	1,13	799,1
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,10	0,10	0,00	0,00	0,10	9030,0

**Abkürzungen:**

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

### B-[18].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

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

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

## B-[18].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

## B-[18].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

### Abkürzungen:

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

## C Qualitätssicherung

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

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

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschríttmacherver: Herzschríttmacher- Implantation (09/1)	218 Anzahl Berichte mit Fallzahl-Date 1	Gesamtbericht mit Datenschutz: untere Grenze: 100 obere Grenze: 100
2	Herzschríttmacherver: Aggregatwechsel (09/2)	68 Anzahl Berichte mit Fallzahl-Date 1	Gesamtbericht mit Datenschutz: untere Grenze: 101,5 obere Grenze: 101,5
3	Herzschríttmacherver: Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	23	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	165	100,6
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	31	103,2
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	36	100
7	Karotis-Revaskularisation (10/2)	172	100,6
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	57 Anzahl Berichte mit Fallzahl-Date 1	Gesamtbericht mit Datenschutz: untere Grenze: 100 obere Grenze: 100
9	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	287	101,4
10	Hüftendoprothesenve (HEP)	905 Anzahl Berichte mit Fallzahl-Date 1	Gesamtbericht mit Datenschutz: untere Grenze: 100 obere Grenze: 100,2
11	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	827 Anzahl Berichte mit Fallzahl-Date 1	Gesamtbericht mit Datenschutz: untere Grenze: 100,2 obere Grenze: 108,3
12	Hüftendoprothesenve Hüft- Endoprothesenwechs und - komponentenwechsel (HEP_WE)	85	90,6
13	Knieendoprothesenve (KEP)	603 Anzahl Berichte mit Fallzahl-Date 1	Gesamtbericht mit Datenschutz: untere Grenze: 99,7 obere Grenze: 100
14	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie- Schlittenprothesen (KEP_IMP)	546 Anzahl Berichte mit Fallzahl-Date 1	Gesamtbericht mit Datenschutz: untere Grenze: 98,6 obere Grenze: 100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
15	Knieendoprothesenve : Knieendoprothe- senwechsel und -komponentenwechse (KEP_WE)	59	103,4
16	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	320	99,7

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

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

#### C-1.2.A.1 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: "Krankenhaus Mörsenbroich Rath GmbH / Augusta Krankenhaus"

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

1	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	1103
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 1,73 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,77 % - 0,9 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	218
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

2	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51191</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—

<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>3</b>	<b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52305</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	97 % - 98,89 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,61 % - 95,76 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	803
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	818
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
4 Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52311</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,33 % - 1,5 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

5	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers aufgrund eines verlangsamten Herzschlags	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54139</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	92,27 % - 97,79 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	92,56 % - 92,93 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	207
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	216
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6 Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem	
Kennzahl-ID	54140
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,16 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,19 % - 98,37 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	205
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	205
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

7		Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Mehrzahl der Fälle implantiert werden sollte	
Kennzahl-ID	54141		
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers		
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein		
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.		
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>			
Vertrauensbereich	98,16 % - 100 %		
<b>BUNDESERGEBNIS</b>			
Bundesdurchschnitt	-1		
Referenzbereich	Nicht definiert		
Vertrauensbereich	96,27 % - 96,54 %		
<b>FALLZAHL</b>			
Beobachtete Ereignisse	205		
Erwartete Ereignisse	-		
Grundgesamtheit	205		
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>			
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert		
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar		
<b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b>			
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.		
8		Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Minderzahl der Fälle implantiert werden sollte	
Kennzahl-ID	54142		
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers		
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein		

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 1,84 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>Nicht definiert</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,17 % - 0,24 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>205</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p><b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b></p>	
<p>Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle</p>	<p>Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.</p>
<p>9</p>	<p><b>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54143</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Die Systemwahl bei Herzschrittmarker-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmarker- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 1,84 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 10,00 % (Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,58 % - 1,77 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>205</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p><b>10 Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>1096</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 5,27 %
-------------------	--------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,16 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	69

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

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

#### 11 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51398</b>
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	0 % - 5,27 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,18 % - 0,33 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	69
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
12	<b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52307</b>
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 98,61 % - 100 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich >= 95,00 % (Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 97,67 % - 97,88 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 272

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 272

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

13 **Komplikationen während oder aufgrund der Operation**

**Kennzahl-ID 1089**

Leistungsbereich Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 14,31 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,00 % (Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,57 % - 0,87 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>23</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>14</p>	<p><b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>51404</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 5,63 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,86 % - 1,15 %

#### FALLZAHL

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

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

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

15

#### Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden

Kennzahl-ID	52315
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 16,82 %
-------------------	---------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,6 % - 1 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	19

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

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

#### 16 Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50005</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleich-bedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>93,97 % - 99,06 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>&gt;= 90,00 % (Zielbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>95,98 % - 96,45 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>162</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>166</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>17</p>	<p><b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>50017</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 2,26 %
-------------------	--------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,58 % - 0,79 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	166

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

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

18

#### Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51186</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 5,98 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,93 % - 1,25 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p><b>19 Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalauschlags der Sonden</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52316</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>97,5 % - 99,47 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>&gt;= 90,00 % (Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>95,79 % - 96,05 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>512</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>518</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>20</p>	<p><b>Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde</b></p>
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>52325</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 2,55 %

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich = 3,00 % (Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 0,6 % - 0,81 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 147

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

Ergebnis im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

21

#### Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Kennzahl-ID 50030

Leistungsbereich Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 10,72 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,18 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	32
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

22	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Kennzahl-ID	50031
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 10,72 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,13 % - 0,3 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	32
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
23	<b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52321</b>
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,07 % - 99,94 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	98,29 % - 98,49 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	289
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	290

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>24</b>	<b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50041</b>
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 9,64 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,84 % - 1,27 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	36
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>25</b>	<b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51196</b>
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjaheresultaten vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 7,33 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 4,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,75 % - 1,04 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,47</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>36</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>26</p>	<p><b>Ein Problem, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht, als angebrachter Grund für eine erneute Operation</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52001</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

= 6,00 % (Toleranzbereich)

Vertrauensbereich

2,99 % - 3,35 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

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

Ergebnis im Berichtsjahr

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

↔ unverändert

27

#### Infektion als angebrachter Grund für eine erneute Operation

Kennzahl-ID

52002

Leistungsbereich

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,38 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,55 % - 0,71 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
28	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden
Kennzahl-ID	52324
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 11,03 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,42 % - 0,8 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	31

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>29</b>	<b>Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52328</b>
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	1,4 % - 6,45 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 10,07 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	3,59 % - 3,98 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	198
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>30</b>	<b>Schlaganfall oder Tod während der Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>11704</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

= 2,90 (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich

1,02 % - 1,19 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

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

Ergebnis im Berichtsjahr

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

↔ unverändert

31	<b>Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>11724</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle, bei denen ? Gehen nur mit Hilfe möglich ist und/oder eine komplette Aphasie vorliegt, ? die Patientin / der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder ? der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat.</p>
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 3,95 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,06 % - 1,29 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>32</b>	<b>Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51437</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	88,65 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,03 % - 98,9 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	30
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	30
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>33</b>	<b>Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51443</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)	
Vertrauensbereich	99,16 % - 99,77 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
<b>34</b>	<b>Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51865</b>	
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle, bei denen ? Gehen nur mit Hilfe möglich ist und/oder eine komplette Aphasie vorliegt, ? die Patientin / der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder ? der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 10,4 %

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich = 4,26 (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 0,92 % - 1,2 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,33

Grundgesamtheit 35

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

Ergebnis im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

35 Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	51873
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	0 % - 4,61 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,82 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,89 % - 1,11 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,75
Grundgesamtheit	35

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>36</b>	<b>Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52240</b>
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	4,19 % - 10,38 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

37	Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>603</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	96,15 % - 100 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,78 % - 99,12 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	96
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	96
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
38	Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>604</b>
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	88,65 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,71 % - 99,89 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	30
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	30
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

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

<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>40</b>	<b>Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54030</b>
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,94 % - 16,53 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H99</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b>	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Anwendung einer Regel gemäß Empfehlung der Projektgruppe-Leitfaden.

41	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	Kennzahl-ID	54033
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,35 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,06 % - 1,11 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42	Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	54036	
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	= 4,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,06 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	

43	Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54040</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 3,54 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,66 % - 0,79 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	54046
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,02 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,04 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52010</b>
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	0 % - 0,04 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	8866
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
46	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54001</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,56 % - 96,73 %

#### FALLZAHL

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

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

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

47

#### Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile

Kennzahl-ID	54002
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,56 % - 93,17 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

48	<b>Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>
----	---

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54003</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,34 % - 15,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

>= 95,00 % (Zielbereich)

Vertrauensbereich

97,95 % - 98,08 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

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

Ergebnis im Berichtsjahr

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

51

Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID

54012

Leistungsbereich

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %

#### FALLZAHL

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

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

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

52

#### Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben

Kennzahl-ID	54013
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %

#### FALLZAHL

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

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

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

53	<b>Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54015</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	10,85 % - 11,37 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	<b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b>	
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
54	<b>Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54016</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 6,03 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,56 % - 1,68 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>U32</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>55</p>	<p><b>Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54017</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p>
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		= 17,46 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich		5,93 % - 6,51 %
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr		<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b>		
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle		Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
56	<b>Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>		<b>54018</b>
Leistungsbereich		Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 11,11 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,35 % - 4,69 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

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

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
---	--

57

#### Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54019</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 7,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,34 % - 2,48 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>58</b>	<b>Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54120</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 29,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,39 % - 12,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
59	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54020</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,56 % - 97,72 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
60	Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54021</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,65 % - 96,2 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

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

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
---	--

#### 61 Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile

Kennzahl-ID	54022
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 86,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,47 % - 91,28 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
62	<b>Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54026</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 80,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	92,29 % - 92,54 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H20</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
63	Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	54028
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,22 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H99</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Anwendung einer Regel gemäß Empfehlung der Projektgruppe-Leitfaden.

  

64	Spezifische Komplikationen beim geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54124</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,14 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>H99</b> - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Anwendung einer Regel gemäß Empfehlung der Projektgruppe-Leitfaden.
<b>65</b>	<b>Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile auftreten</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54125</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 14,70 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,71 % - 5,33 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
<b>66</b>	<b>Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54127</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>Sentinel-Event</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,03 % - 0,05 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p><b>67 Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>2005</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	97,47 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,39 % - 98,48 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	148
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	148
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
68	<b>Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2006</b>
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	97,42 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	145
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	145

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.
<b>69</b>	<b>Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2007</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.
<b>70</b>	<b>Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2009</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>		
	<p>Vertrauensbereich</p>	<p>92,47 % - 98,82 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>		
	<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
	<p>Referenzbereich</p>	<p>&gt;= 90,00 % (Zielbereich)</p>
	<p>Vertrauensbereich</p>	<p>95,18 % - 95,35 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>		
	<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>128</p>
	<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
	<p>Grundgesamtheit</p>	<p>132</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>		
	<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
	<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>71</p>	<p><b>Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben</b></p>	
	<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>2013</b></p>
	<p>Leistungsbereich</p>	<p>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</p>
	<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	84,4 % - 96,47 %
-------------------	------------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,88 % - 94,13 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	73
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	79

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

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

72

#### Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2028</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	92,01 % - 99,03 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,49 % - 95,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	103
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	106
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
73 Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50722</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	90,97 % - 98,02 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,18 % - 96,32 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	134
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	140
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

74 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	0,78 % - 1,67 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,05 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	19,05
Grundgesamtheit	148
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

## C-1.2.A.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: "Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH - Marienkrankenhaus Kaiserswerth"

### C-1.2 A.2.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	<b>Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54001</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	98,99 % - 100 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	96,56 % - 96,73 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	376
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	376
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
2	<b>Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54002</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	83,81 % - 99,43 %
-------------------	-------------------

#### BUNDESERGEBNIS

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

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	30
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	31

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

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

3

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

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54003</b>
--------------------	--------------

Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
------------------	---

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
---	------

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,34 % - 15,93 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b>	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
<b>4</b>	<b>Vorbegende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54004</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	98,44 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	94,9 % - 95,1 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	242
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	242

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
5	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54010</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,51 % - 99,95 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,95 % - 98,08 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	375
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	376
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
6	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54012</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %

#### FALLZAHL

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

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

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

7

#### Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben

Kennzahl-ID	54013
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 0,94 %
-------------------	--------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	403

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

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

8	Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54015</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	10,85 % - 11,37 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
9	Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54016</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 6,03 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,56 % - 1,68 %

#### FALLZAHL

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

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

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

10

#### Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten

Kennzahl-ID	54017
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 11,35 %
-------------------	---------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 17,46 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5,93 % - 6,51 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	30

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

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

11

**Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54018</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 11,11 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	4,35 % - 4,69 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b>		
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
<b>12</b>	<b>Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54019</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,73 % - 3,44 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 7,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,34 % - 2,48 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	376
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>14</b>	<b>Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54020</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,55 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,56 % - 97,72 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	261
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	261
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>15</b>	<b>Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54021</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 67,2 % - 96,9 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich >= 90,00 % (Zielbereich)

Vertrauensbereich 95,65 % - 96,2 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 16

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 18

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr **H20** - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

16 Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile

Kennzahl-ID 54022

Leistungsbereich Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	78,04 % - 98,09 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 86,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,47 % - 91,28 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	27
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	29
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

17	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54026</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	91,32 % - 96,72 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 80,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	92,29 % - 92,54 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	264
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	279

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
18	Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54028</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjaheresultaten vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 3,33 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,22 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,14
Grundgesamtheit	300

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>19</b>	<b>Spezifische Komplikationen beim geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54124</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,14 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>20</b>	<b>Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile auftreten</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54125</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

= 14,70 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich

4,71 % - 5,33 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

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

Ergebnis im Berichtsjahr

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

21

#### Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben

Kennzahl-ID

54127

Leistungsbereich

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 1,29 %
-------------------	--------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	295

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

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

### C-1.2.A.3 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: "Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH - Krankenhaus Elbroich"

## C-1.2 A.3.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	<b>Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit einer hüftgelenkerhaltenen Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54029</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	0 % - 22,81 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 4,37 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,07 % - 1,24 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	13
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2	<b>Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54030</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	17,71 % - 64,48 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	15,94 % - 16,53 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	13
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>U33</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
3	<b>Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54033</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,35 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,06 % - 1,11 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>4</p>	<p><b>Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54036</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>		
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 25,53 %</p>	
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>		
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 4,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,87 % - 1,06 %</p>	
<p><b>FALLZAHL</b></p>		
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>	
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,12</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>13</p>	
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>		
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>	
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>	
<p>5</p>	<p><b>Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b></p>	
	<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54040</b></p>
	<p>Leistungsbereich</p>	<p>Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens</p>
	<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 19,09 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich = 3,54 (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 0,66 % - 0,79 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,16

Grundgesamtheit 13

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

6 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID 54046

Leistungsbereich Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>		
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 8,64 %</p>	
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>		
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,02 (90. Perzentil, Toleranzbereich)</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,97 % - 1,04 %</p>	
<p><b>FALLZAHL</b></p>		
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>	
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,34</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>13</p>	
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>		
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>	
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>	
<p>7</p>	<p><b>Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)</b></p>	
	<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52010</b></p>
	<p>Leistungsbereich</p>	<p>Vorbeugung eines Druckgeschwürs</p>
	<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich 0 % - 0,33 %

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich Sentinel-Event

Vertrauensbereich 0,01 % - 0,01 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 1177

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

Ergebnis im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

**8 Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks**

**Kennzahl-ID 54001**

Leistungsbereich Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Ergebnis (Einheit) —

Vertrauensbereich —

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,56 % - 96,73 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
9 Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54002</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitäts-indikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	56,55 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,56 % - 93,17 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	5

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>10</b>	<b>Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54003</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,34 % - 15,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>11</b>	<b>Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54004</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 75,1 % - 96,65 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich >= 80,00 % (Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 94,9 % - 95,1 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 28

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 31

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

12

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

Kennzahl-ID 54010

Leistungsbereich Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit) —

Vertrauensbereich —

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,95 % - 98,08 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
13 Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54012</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>14</b>	<b>Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54013</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthaltes zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 22,81 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	13
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
15 Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
Kennzahl-ID	54015
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 13,32 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	10,85 % - 11,37 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	25
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
16 Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54016</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 6,03 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,56 % - 1,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
17	Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54017</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 43,45 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 17,46 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5,93 % - 6,51 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	5
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

18	<b>Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54018</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 11,11 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	4,35 % - 4,69 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
19	<b>Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54019</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

= 7,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich

2,34 % - 2,48 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

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

Ergebnis im Berichtsjahr

**H99** - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

#### KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle

Anwendung einer Regel gemäß Empfehlung der Projektgruppe-Leitfaden.

20

**Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten**

**Kennzahl-ID**

**54120**

Leistungsbereich

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 29,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,39 % - 12,15 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>U32</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

### C-1.2.A.4 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: "Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH / St. Vinzenz-Krankenhaus"

#### C-1.2 A.4.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	<b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>	
	Kennzahl-ID	1103
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,00 % (Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,77 % - 0,9 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>2</p>	<p><b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>51191</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,91 % - 1,03 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>3</p>	<p><b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalauschlages der Sonden</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52305</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>60,97 % - 100 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>&gt;= 90,00 % (Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>95,61 % - 95,76 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>6</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>6</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>4</p>	<p><b>Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52311</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

= 3,00 % (Toleranzbereich)

Vertrauensbereich

1,33 % - 1,5 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

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

Ergebnis im Berichtsjahr

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

5

Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers aufgrund eines verlangsamten Herzschlags

Kennzahl-ID

54139

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	92,56 % - 92,93 %

#### FALLZAHL

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

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

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

6	<b>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54140</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,19 % - 98,37 %

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

7 Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Mehrzahl der Fälle implantiert werden sollte

Kennzahl-ID	54141
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	96,27 % - 96,54 %

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.
---	---

8

Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Minderzahl der Fälle implantiert werden sollte

Kennzahl-ID	54142
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>Nicht definiert</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,17 % - 0,24 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p><b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b></p>	
<p>Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle</p>	<p>Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.</p>
<p>9</p>	<p><b>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54143</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Die Systemwahl bei Herzschrittmarker-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmarker- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 10,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,58 % - 1,77 %

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

10	<b>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>1096</b>
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

= 1,00 % (Toleranzbereich)

Vertrauensbereich

0,06 % - 0,16 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

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

Ergebnis im Berichtsjahr

**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

11

#### Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

**Kennzahl-ID**

**51398**

Leistungsbereich

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung.

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,33 %

**FALLZAHL**

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

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

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

**12 Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52307</b>
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 64,57 % - 100 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich >= 95,00 % (Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 97,67 % - 97,88 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 7

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 7

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

13

Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit einer hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet

Kennzahl-ID 54029

Leistungsbereich Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 4,37 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,07 % - 1,24 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>U32</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
14	<b>Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54030</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	6,4 % - 26,71 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,94 % - 16,53 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	44
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert
15 Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	54033
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,35 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,06 % - 1,11 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
16	<b>Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54036</b>
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,06 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>U32</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>17</b>	<b>Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54040</b>
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	0 % - 7,74 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,54 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,66 % - 0,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,46
Grundgesamtheit	44
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
18 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54046</b>
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,02 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,04 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>19</b>	<b>Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52010</b>
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>U33</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
20	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54001</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	97,4 % - 99,6 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,56 % - 96,73 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	387
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	391
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
21	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54002</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	74,46 % - 94,68 %
-------------------	-------------------

#### BUNDESERGEBNIS

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

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	36
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	41

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

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

22

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

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54003</b>
--------------------	--------------

Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
------------------	---

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
---	------

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,34 % - 15,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

23	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54004</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	86,99 % - 93,1 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	94,9 % - 95,1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	323
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	357

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>24</b>	<b>Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54010</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,57 % - 99,95 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,95 % - 98,08 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	391
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	392
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>25</b>	<b>Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54012</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,99 % - 1,03 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p><b>26 Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben</b></p>	
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54013</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>Sentinel-Event</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,18 % - 0,22 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>U32</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>

27	<b>Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54015</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	10,85 % - 11,37 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
28	<b>Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54016</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,7 % - 3,29 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 6,03 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,56 % - 1,68 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>6</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>393</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>29</p>	<p><b>Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54017</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 8,38 %
-------------------	--------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 17,46 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5,93 % - 6,51 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	42

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

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

30

**Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54018</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 11,11 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	4,35 % - 4,69 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>31</b>	<b>Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54019</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,4 % - 2,59 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 7,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,34 % - 2,48 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	393
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>33</b>	<b>Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54020</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	96,95 % - 99,77 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,56 % - 97,72 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	233
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	235
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>34</b>	<b>Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54021</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	82,29 % - 99,37 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,65 % - 96,2 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	27
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	28
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
35	<b>Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile</b>	
	Kennzahl-ID	54022
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	84,68 % - 99,46 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 86,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,47 % - 91,28 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	33
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

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

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54026</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	95,11 % - 98,95 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 80,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	92,29 % - 92,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	257
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	263

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>37</b>	<b>Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54028</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 2,34 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,22 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,62
Grundgesamtheit	290

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
38	Spezifische Komplikationen beim geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54124</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,14 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
39	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile auftreten
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54125</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 14,70 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>4,71 % - 5,33 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>40</p>	<p><b>Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54127</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 1,38 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>Sentinel-Event</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,03 % - 0,05 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>274</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>41</p>	<p><b>Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>2005</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	94,97 % - 99,4 %
-------------------	------------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,39 % - 98,48 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	168
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	171

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

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

42

#### Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2006</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	94,85 % - 99,39 %
-------------------	-------------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	164
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	167

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.
<b>43</b>	<b>Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2007</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.
<b>44</b>	<b>Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2009</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
Vertrauensbereich	97,68 % - 100 %	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)	
Vertrauensbereich	95,18 % - 95,35 %	
<b>FALLZAHL</b>		
Beobachtete Ereignisse	162	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	162	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert	
45	<b>Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben</b>	
Kennzahl-ID	2013	
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	84,96 % - 96,22 %
-------------------	-------------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,88 % - 94,13 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	84
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	91

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

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

#### 46 Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2028</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	91,74 % - 98,7 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,49 % - 95,68 %
<b>FALLZAHL</b>		
	Beobachtete Ereignisse	116
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	120
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
47	<b>Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus</b>	
	Kennzahl-ID	50722
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>		
	Vertrauensbereich	90,67 % - 97,51 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	96,18 % - 96,32 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	156
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	164
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

48 **Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50778</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,92 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,05 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	22,5
Grundgesamtheit	171
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

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

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

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

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

Leistungsbereich:	Gesamtes Leistungsspektrum des Krankenhauses
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	QKK - Qualitätsindikatoren G-IQI - German Inpatient Quality Indicators Version Patient Safety Indicators der AHRQ QSR (Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten)
Ergebnis:	Quartalsbericht Peer-Reviews
Messzeitraum:	Ganzjährig in Quartalsauswertungen
Datenerhebung:	Über § 21 KHEntgG Datensatz
Rechenregeln:	siehe Indikatorenset Prof. Stausberg
Referenzbereiche:	Einrichtungsspezifische Erwartungswerte im Vergleich mit Gesamtreferenzwert.
Vergleichswerte:	Derzeit ca. 50 kirchliche Krankenhäuser bundesweit.
Quellenangabe:	Wissenschaftliche Evaluation und Begleitung durch Prof. Stausberg (LMU). Publikationen unter <a href="http://www.qkk-online.de">www.qkk-online.de</a> erhältlich.

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

	AUSNAHMEN	AUSNAHMEN	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHRE)	AUSNAHMEN
1	Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	499	
2	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	1	

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

### Strukturqualitätsvereinbarungen:

	VEREINBARUNG
1	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma
2	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziierter autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	139
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	114
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	114

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