

Strukturierter Qualitätsbericht
für das Berichtsjahr 2019

Krankenhaus Mörsenbroich-Rath
GmbH
Marien Hospital Düsseldorf



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	4
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	13
A-9 Anzahl der Betten	14
A-10 Gesamtfallzahlen	14
A-11 Personal des Krankenhauses	15
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	18
A-13 Besondere apparative Ausstattung	34
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	35
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	36
B-[1] Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin	36
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	36
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	36
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	36
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	37
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	37

B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	37
B-[1].11	Personelle Ausstattung	38
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	38
B-[1].11.2	Pflegepersonal	38
B-[2]	Klinik für Innere Medizin und konservative Intensivmedizin	40
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	40
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	40
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	40
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	40
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	40
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	43
B-[2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	44
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	44
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	46
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	46
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	47
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	47
B-[2].11	Personelle Ausstattung	47
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	47
B-[2].11.2	Pflegepersonal	48
B-[3]	Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie	50
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	50
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	50
B-[3].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	50
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	50
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	50

B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	51
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	52
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	53
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	53
B-[3].11	Personelle Ausstattung	53
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	53
B-[3].11.2	Pflegepersonal	54
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	54
B-[4]	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	55
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	55
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	55
B-[4].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	55
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	55
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	55
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	56
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	57
B-[4].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	58
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	58
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	60
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	60
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	61
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	61
B-[4].11	Personelle Ausstattung	61
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	62
B-[4].11.2	Pflegepersonal	62
B-[4].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	64

B-[5]	Klinik für Urologie, Uro-Onkologie und Kinderurologie	65
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	65
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel	65
B-[5].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	65
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	65
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	65
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	66
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	67
B-[5].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	68
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	68
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	69
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	70
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	71
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	71
B-[5].11	Personelle Ausstattung	71
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen	72
B-[5].11.2	Pflegepersonal	72
B-[5].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	74
B-[6]	Klinik für Senologie und Brustchirurgie	75
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	75
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel	75
B-[6].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	75
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	75
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	76
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	76
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	77
B-[6].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	78

B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	78
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	80
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	81
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	81
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	82
B-[6].11	Personelle Ausstattung	82
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen	82
B-[6].11.2	Pflegepersonal	82
B-[7]	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	85
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	85
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	85
B-[7].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	85
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	85
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	85
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	86
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	87
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	88
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	88
B-[7].11	Personelle Ausstattung	88
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen	89
B-[8]	Klinik für Augenheilkunde	90
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	90
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel	90
B-[8].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	90
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	90
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	90
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	91

B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD	92
B-[8].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	93
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	93
B-[8].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	95
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	95
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	95
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	96
B-[8].11	Personelle Ausstattung	96
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen	96
B-[8].11.2	Pflegepersonal	97
B-[8].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	98
B-[9]	Klinik für Neurologie	99
B-[9].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	99
B-[9].1.1	Fachabteilungsschlüssel	99
B-[9].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	99
B-[9].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	99
B-[9].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	99
B-[9].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	101
B-[9].6	Hauptdiagnosen nach ICD	101
B-[9].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	102
B-[9].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	103
B-[9].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	104
B-[9].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	104
B-[9].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	105
B-[9].11	Personelle Ausstattung	105
B-[9].11.1	Ärzte und Ärztinnen	105
B-[9].11.2	Pflegepersonal	106

B-[9].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	107
B-[10]	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	108
B-[10].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	108
B-[10].1.1	Fachabteilungsschlüssel	108
B-[10].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	108
B-[10].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	108
B-[10].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	108
B-[10].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	109
B-[10].6	Hauptdiagnosen nach ICD	110
B-[10].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	111
B-[10].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	111
B-[10].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	113
B-[10].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	113
B-[10].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	114
B-[10].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	114
B-[10].11	Personelle Ausstattung	115
B-[10].11	Ärzte und Ärztinnen	115
B-[10].11	Pflegepersonal	115
B-[10].11	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	117
B-[11]	Klinik für Viszeral-, Minimalinvasive- und Onkologische Chirurgie	118
B-[11].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	118
B-[11].1.1	Fachabteilungsschlüssel	118
B-[11].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	118
B-[11].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	118
B-[11].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	118
B-[11].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	120

B-[11].6	Hauptdiagnosen nach ICD	120
B-[11].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	122
B-[11].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	122
B-[11].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	124
B-[11].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	124
B-[11].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	125
B-[11].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	125
B-[11].11	Personelle Ausstattung	125
B-[11].11.1	Ärzte und Ärztinnen	126
B-[11].11.2	Pflegepersonal	126
B-[11].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	127
B-[12]	Klinik für Onkologie und Hämatologie, Palliativmedizin	129
B-[12].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	129
B-[12].1.1	Fachabteilungsschlüssel	129
B-[12].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	129
B-[12].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	129
B-[12].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	129
B-[12].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	130
B-[12].6	Hauptdiagnosen nach ICD	130
B-[12].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	131
B-[12].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	132
B-[12].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	133
B-[12].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	134
B-[12].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	134
B-[12].11	Personelle Ausstattung	134
B-[12].11.1	Ärzte und Ärztinnen	135
B-[12].11.2	Pflegepersonal	135

B-[12].11.	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	136
C	Qualitätssicherung	137
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	137
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	239
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	239
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	239
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	240
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.241 2 SGB V	241
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 241 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	241
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	241

Vorwort

Das Marien Hospital Düsseldorf ist ein Krankenhaus im VKKD | Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf und akademisches Lehrkrankenhaus der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Medizinischer Schwerpunkt des Marien Hospital Düsseldorf ist die Onkologie. Das Brust- und das DarmkrebsZentrum sind von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Die Fachabteilungen arbeiten interdisziplinär und kommen wöchentlich zu einer Tumorkonferenz zusammen. Speziell ausgebildete Psycho-Onkologen und onkologische Fachpflegekräfte sind in ein interprofessionelles Behandlungskonzept ebenso integriert wie das Seelsorgeteam.

Über dies hinaus sind hervorzuheben

- das Zertifikat der Deutschen Diabetes Gesellschaft "Klinik für Diabetespatienten geeignet"
- die zertifizierte Schlaganfallabteilung (Stroke Unit) der Klinik für Neurologie mit dem SchlaganfallZentrum
- die nach WHO/UNESCO-Kriterien als "Babyfreundlich" zertifizierte Geburtshilfe
- das Kontinenz- und BeckenbodenZentrum
- das ZIRO | Zentrum für Interdisziplinäre Robotische Operationen

Weitere Fachabteilungen führen folgende Zertifikate:

- DKZ-zertifiziertes BrustZentrum nach dem NRW-Verfahren
- DKZ-zertifiziertes DarmkrebsZentrum und Zweitmeinungszentrum
- IVOM-Zertifizierung in der Augenheilkunde (intravitreale ophthalmologische Medikamentengabe)
- KompetenzZentrum Minimalinvasive Chirurgie
- ReferenzZentrum Hernienchirurgie
- TraumaZentrum

Alle geplant aufzunehmenden Patienten werden auf multiresistente Erreger getestet. Das Marien Hospital Düsseldorf ist Mitglied im "Aktionsbündnis Patientensicherheit".

^[1]Die WHO/UNICEF-Initiative "Babyfreundlich" setzt sich für die Umsetzung der B.E.St.-[®]-Kriterien und die Verbreitung des Qualitätssiegels "Babyfreundlich" in Deutschland ein

Einleitung

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Herr Michael Radde, Qualitätsmanagement
Telefon:	0211 958 2261
Fax:	0211 958 2407
E-Mail:	radde@vkkd-kliniken.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Herr Dr. rer. pol. Martin Meyer, Geschäftsführer
Telefon:	0211 4400 2200
Fax:	0211 4400 2610
E-Mail:	martin.meyer@vkkd-kliniken.de

Links:

Link zur Internetseite des Krankenhauses:	http://www.marien-hospital.de
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	http://www.vkkd-kliniken.de

Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	www.3m-drg.de	3M Qualitätsbericht Patch 2019.4.1, (Release 22.10.2019)

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Nicht-Bettenführend	3790	Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
2	Hauptabteilung	0100	Klinik für Innere Medizin und konservative Intensivmedizin
3	Hauptabteilung	0533	Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie
4	Hauptabteilung	2400	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
5	Hauptabteilung	2200	Klinik für Urologie, Uro-Onkologie und Kinderurologie
6	Hauptabteilung	3790	Klinik für Senologie und Brustchirurgie
7	Nicht-Bettenführend	3751	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
8	Hauptabteilung	2700	Klinik für Augenheilkunde
9	Hauptabteilung	2800	Klinik für Neurologie

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
10	Hauptabteilung	1600	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
11	Hauptabteilung	1500	Klinik für Viszeral-, Minimalinvasive- und Onkologische Chirurgie
12	Hauptabteilung	0500	Klinik für Onkologie und Hämatologie, Palliativmedizin

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Marien Hospital Düsseldorf GmbH
PLZ:	40479
Ort:	Düsseldorf
Straße:	Rochusstr.
Hausnummer:	2
IK-Nummer:	260510096
Standort-Nummer alt:	0
Telefon-Vorwahl:	0211
Telefon:	44000
Krankenhaus-URL:	http://www.marien-hospital.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Herr Dr. rer.pol. Martin Meyer, Geschäftsführer
Telefon:	0211 4400 2200
Fax:	0211 4400 2610
E-Mail:	martin.meyer@vkkd-kliniken.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Karl-Heinz Schultheis, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0211 4400 2333
Fax:	0211 4400 2610
E-Mail:	karl-heinz.schultheis@vkkd-kliniken.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Herr Rüdiger Schroer, Pflegedienstleiter
Telefon:	0211 4400 2205
Fax:	0211 4400 2751
E-Mail:	ruediger.schroer@vkkd-kliniken.de

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

INSTITUTIONSKENNZEICHEN	
1	260510096

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:

Marien Hospital Düsseldorf 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-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	<p>Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)</p> <p><i>Das Bobath-Konzept bei apoplektischem Insult bzw. der Schlaganfall, der mit einer Halbseitenlähmung (Hemiplegie) einhergeht oder die verschiedenen Erscheinungsbilder Cerebral Parese sowie Erkrankungen mit verschiedenen hypotonen Erscheinungsformen wie der spinalen Muskelatrophie.</i></p>
2	<p>Berufsberatung/Rehabilitationsberatung</p> <p><i>Gerne steht Ihnen der Sozialdienst beratend zur Seite.</i></p>
3	<p>Manuelle Lymphdrainage</p> <p><i>Lymphödemprophylaxe durch Anpassen eines Armkompressionsstrumpfes bei medizinischer Indikation.</i></p>
4	<p>Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare</p> <p><i>Die jeweiligen Stationsleitungen stellt gerne den Kontakt zum Sozialdienst für Sie her.</i></p>
5	<p>Diät- und Ernährungsberatung</p> <p><i>Unsere Diätassistentinnen helfen Ihnen gerne bei der Auswahl besonderer Kost.</i></p>
6	<p>Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie</p> <p><i>In Zusammenarbeit mit der Neurologischen Klinik.</i></p>
7	<p>Ergotherapie/Arbeitstherapie</p> <p><i>Die Ergotherapie unterstützt und begleitet Sie in jedem Alter, wenn Sie in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind.</i></p>
8	<p>Stomatherapie/-beratung</p> <p><i>Darmkrebs Zentrum</i></p>
9	<p>Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik</p> <p><i>Wochenbettgymnastik mit Unterstützung der Physiotherapie. Rückbildungsgymnastik wird von den Hebammen angeboten.</i></p>
10	<p>Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik</p>
11	<p>Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern</p> <p><i>Tragetuchkurs, Informationsabende über das Stillen, Stillgruppe, Babymassage.</i></p>
12	<p>Wundmanagement</p> <p><i>Interdisziplinäres Wundzentrum.</i></p>
13	<p>Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie</p>
14	<p>Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik</p> <p><i>An sechs Abenden können Sie sich rund um Geburt, Wochenbett und das Neugeborene informieren mit praktischen Übungen und vielen Tipps. Weitere Informationen auf unserer Internetseite. https://www.marien-hospital.de/leistungsangebote/kliniken/gynaekologie-und-geburtshilfe/</i></p>
15	<p>Basale Stimulation</p> <p><i>Wir unterstützen Sie bei schweren körperlichen Beeinträchtigungen durch basale Stimulation mit körperbezogenen Interaktionen in ihrer Wahrnehmung-, Kommunikation- und Bewegungsfähigkeit.</i></p>
16	<p>Akupunktur</p>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Z. B. ab der 36.Schwangerschaftswoche,Geburtsvorbereitung und alsSchmerztherapie.</i>
17	Kinästhetik <i>Begleitet Sie in der Wahrnehmung der eigenen Bewegung als zentralen Weg zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung.</i>
18	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>Sie können jederzeit über die Station Kontakt zu unseren hauseigenen Psychologen aufnehmen.</i>
19	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
20	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Wir bieten Ihnen Training und Schulungen zur familialen Pflege an.</i>
21	Sehschule/Orthoptik <i>https://www.marien-hospital.de/behandlungsangebote/kliniken/augenheilkunde/behandlungsangebote/sehschule-neuroophthalmologie/</i>
22	Stillberatung <i>Stillgruppe und Stillambulanz am Marien Hospital Düsseldorf. Bitte informieren Sie sich auf unserer Internetseite. http://www.marienhospital.de</i>
23	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen <i>Tragetuchkurse, Akkupunktur für Schwangere, Geburtsvorbereitungskurse, Stillcafe, Stillfreundliches Krankenhaus</i>
24	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>Onkologische Fachpflege.Spezielle onkologischePflugesprechstunden.Neurologische Fachpflege. IntensivmedizinischeFachpflege.</i>
25	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen <i>Spiegeltherapie</i>
26	Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>Rückenschule im Rahmen der Physikalische Therapie.</i>
27	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Optimierte Blutzucker-Einstellung jeder Diabetes-Patienten bereits vor und nach der Operation durch Mitbetreuung durch das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheits-Zentrum (WDGZ).</i>
28	Massage <i>Im Rahmen der Physiotherapie bieten wir klassische Massagen an. Speziell z. B. Bindegewebsmassage, Colonmassage, Lymphdrainage</i>
29	Physikalische Therapie/Bädertherapie
30	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
31	Medizinische Fußpflege <i>Der Kontakt wird bei Bedarfhergestellt.</i>
32	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <i>Individuelle Steuerung der Entlassungsplanung möglichst zur optimalen Wiedereingliederung in die gewohnte Umgebung.</i>
33	Wärme- und Kälteanwendungen

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Thermobehandlungen werden in der physikalischen Therapie durchgeführt.</i>
34	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>DarmkrebsZentrum - Deutsche ILCO e.V., Selbsthilfe nach Krebs und für Gefährdete e. V., Brustzentrum - ZEBRA, Urologie - Prostata Selbsthilfegruppe, DP-Parkinson.</i>
35	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege Vermittlung und Beratung erfolgt durch den Sozialdienst.</i>
36	Sozialdienst <i>Beratung zu Leistungen der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung, Ambulante Pflegedienste/ Ambulante Hospizdienste, Mahlzeitendienst, Hausnotrufgerät, Behindertenfahrdienste, Schwerbehindertenausweis, Betreutes Wohnen, Selbsthilfegruppen, Vorsorgevollmachten.</i>
37	Atemgymnastik/-therapie
38	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Bitte informieren Sie sich in der Tagespresse und unter: https://www.marien-hospital.de/aktuelles/</i>
39	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie <i>Manualtherapie</i>
40	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik <i>Rückenschule</i>
41	Spezielle Entspannungstherapie
42	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
43	Schmerztherapie/-management

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen <i>Der Sozialdienst gibt Ihnen gerne Hinweise auf entsprechende Selbsthilfegruppen.</i>
2	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen <i>z.B. jüdische/ muslimische Ernährung, vegetarische/ vegane Küche</i>
3	Mutter-Kind-Zimmer <i>Familienzimmer sind vorhanden.</i> https://www.marien-hospital.de/behandlungsangebote/kliniken/gynaekologie-und-geburtshilfe/
4	Rooming-in <i>Das Marien Hospital hat sich der Initiative "Babyfreundliches Krankenhaus" (www.babyfreundlich.org) angeschlossen und ist seit 2009 nach den internationalen Richtlinien von WHO/UNICEF als "Babyfreundliches Krankenhaus" ausgezeichnet.</i>
5	Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen <i>Unsere ehrenamtlichen Helferinnen erkennen Sie am blauen Mantel und Namensschild. Die "Blauen Damen" haben es sich zur Aufgabe gemacht, Ärzte und Pflegepersonal bei der Betreuung und Versorgung unserer Patienten zu unterstützen.</i>
6	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Bitte beachten Sie die Hinweise in der Presse oder auf unserer Internetseite.</i> https://www.marien-hospital.de/aktuelles/
7	Seelsorge/spirituelle Begleitung <i>- siehe Freitext 2 -Unsere Kapelle ist täglich geöffnet.</i> https://www.vkhd-kliniken.de/vkhd/krankenhaus-seelsorge/
8	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Vorhanden.</i>
9	Ein-Bett-Zimmer <i>Vorhanden.</i>

LEISTUNGSANGEBOT	
10	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>Eine Unterbringung von Begleitpersonen ist generell möglich, Anfrage unter: Telefon: 0211/ 4400-6014</i>
11	Zwei-Bett-Zimmer <i>Vorhanden.</i>
12	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Vorhanden.</i>
13	Abschiedsraum <i>Das Pflegepersonal ist gerne Bereit, Ihnen die Möglichkeit zu geben den Abschiedsraum aufzusuchen.</i>

Seelsorge im VKKD

die Zeit im Krankenhaus ist eine besondere Zeit, jenseits des Gewohnten und Vertrauten. Krankheit kann auch eine große persönliche Herausforderung sein. Sich ihr zu stellen, ist nicht immer leicht. Verschiedenste Gedanken, Gefühle, Sorgen, Fragen und Ängste bewegen Sie als Betroffene oder Angehörige vielleicht in diesen Tagen.

Da kann es gut tun, mit jemandem vertraulich über das zu reden, was auf der Seele brennt.

Wir möchten uns Zeit für Sie nehmen und für Sie da sein, so wie es Ihnen gut tut.

Wir sind offen für alle, die unsere Hilfe suchen, unabhängig von ihrer Kirchen- oder Religionszugehörigkeit.

Gerne teilen wir Ihre Freude und Sorgen und auch Ihre Freude und Dankbarkeit mit Ihnen. Wir möchten Sie menschliche Nähe spüren lassen und Sie in Ihrem Glauben stärken und ermutigen.

Ihr Seelsorgeteam

Unsere Angebote für Sie

- Das vertrauliche Gespräch, das nach Wunsch auch in geschützter Umgebung stattfinden kann
- Feiern von Gottesdiensten und Andachten (auch am Krankenbett), Kommunionempfang, Abendmahl, Krankensalbung, Beichte, Gebet und Segen.
- Kontaktaufnahme mit den Kirchengemeinden, anderen kirchlichen Diensten und Beratungsstelle

Gottesdienste

Di 18.00h HI. Messe oder Wortgottesdienst

Sa 18.00h Vorabendmesse zum Sonntag, anschl. auf Wunsch Krankenkommunion auf den Zimmern

Jeden 3. Do im Monat 18.00h ökumenische Segensfeier für Neugeborene

Jeden letzten Do im Monat 17.00h Literaturandacht

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Frau Annegret Voß, Qualitätsmanagement
Telefon:	0211 4400 2199
Fax:	0211 4400 2016
E-Mail:	annegret.voss@vkkd-kliniken.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
2	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
3	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
4	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
5	Arbeit mit Piktogrammen
6	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
7	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
8	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache
9	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
10	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
11	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
12	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
13	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
14	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
15	Diätetische Angebote
16	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>türkisch, arabisch, kroatisch, englisch, französisch, russisch.</i>
17	Besondere personelle Unterstützung <i>Seit 1972 arbeiten "Blaue Damen" als ehrenamtliche Helferinnen am Marien Hospital Düsseldorf. Sie möchten den Aufenthalt im Krankenhaus angenehmer gestalten und bieten Patienten Hilfsdienste bei Dingen an, die diese im Moment selbst nicht erledigen können.</i>

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT

- 18 Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
Aufnahme und Walleistungsvertrag liegen in Englisch und Russisch vor.

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Doktorandenbetreuung <i>Prof. Dr. Diederich, Prof. Dr. Hartmann, Prof. Dr. Hörnchen, Prof. Dr. Steinke, Prof. Dr. Lüthen, Prof. Dr. Giagounidis, Priv.-Doz. Dr. Mazinani, Prof. Dr. Bastian. Informationen - zu den Universitäten siehe Freitext -</i>
2	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien <i>Studierendenausbildung, Praxisblockstudenten, Modellstudiengang Medizin HHU,</i>
3	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
4	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) <i>Prof. Dr. med. Diederich MHD. Regelmäßige Unterrichtsveranstaltungen (PJ- Programm). Praktische Studentenausbildung am VKKD (Unterricht der Medizinstudenten im 7. und 8. Fachsemester der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf in Praxisblöcken.</i>
5	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher <i>Mitgl. des Editorial board: Prof. Bastian "Aktuelle Urologie", Prof. Dr. Giagounidis "Journal of Clinical Oncology". Prof. Dr. Diederich Cancer Imaging: Deputy Editor, RadiologieUp2date: kardiopul. Radiologie.</i>
6	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien <i>Zahlreiche Studien in der Klinik für Hämatologie / Onkologie und Klinik für Neurologie Institut für spezielle Pharmakotherapie im Rahmen des Interdisziplinären Onkologischen Zentrums und dem Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie.</i>
7	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien <i>Phase II: Auf Nachfrage, wechselnde Studienbeteiligungen Institut für spezielle Pharmakotherapie im Rahmen des Interdisziplinären Onkologischen Zentrums</i>
8	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten <i>Prof. Dr. Hartmann, Prof. Dr. Steinke, Prof. Dr. Lüthen, Prof. Dr. Giagounidis. Prof. Dr. Diederich, Prof. Dr. Hörnchen, PD Dr. Mazinani, Prof. Bastian. - zu den Universitäten siehe Freitext -</i>

Doktorandenbetreuung / Dozenturen / Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten

- Prof. Dr. med. Diederich, Westfälische Wilhelms-Universität Münster
- Prof. Dr. med. Hartmann, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Prof. Dr. med. Hörnchen, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
- Prof. Dr. med. Steinke, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Prof. Dr. med. Lüthen, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Prof. Dr. med. Giagounidis, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Prof. Dr. med. Patrick J. Bastian, Ludwig-Maximilians-Universität München
- Priv.-Doz. Dr. med. Mazinani, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin <i>Praktische Ausbildungsstätte verschiedener staatlicher und privater Schulen für Physiotherapie</i>
2	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) <i>In Zusammenarbeit mit der Medical School academia chirurgica GmbH und der CTA-Schule Kaiserswerther Diakonie.Ausbildungsstätte für OTA und CTA</i>
3	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>Die Einrichtungen des VKKD gehören zu den katholischen Krankenhausträger 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 in Betrieb aufgenommen.</i>
4	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin <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>
5	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA) <i>Praktische Ausbildung von MTRA-Schülern der MTRA-Schule des Universitätsklinikums Düsseldorf.</i>
6	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin <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>

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 461

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	18843
Teilstationäre Fallzahl:	452
Ambulante Fallzahl:	38490

Achtung: bei den ambulanten Zahlen handelt es sich lediglich um Fallzahlen, eine Kontaktdokumentation liegt in unseren Häusern nicht vor.

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	126,53	126,53	0,00	0,00	126,53
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	65,83	65,83	0,00	0,00	65,83
Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,58	1,58	0,00	0,00	1,58
- davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,58	1,58	0,00	0,00	1,58

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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	246,90 33,97	241,44 33,97	5,46 0,00	16,84 1,14	230,06 32,83
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,21 0,00	4,94 0,00	0,27 0,00	0,00 0,00	5,21 0,00
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,08 0,09	1,51 0,09	1,57 0,00	0,14 0,00	2,94 0,09
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,14 0,00	0,00 0,00	0,14 0,00	0,03 0,00	0,11 0,00
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	4,58 0,00	4,10 0,00	0,48 0,00	0,06 0,00	4,52 0,00
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	13,39 4,34	13,36 4,34	0,03 0,00	0,00 0,00	13,39 4,34
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,41 0,00	10,31 0,00	0,10 0,00	0,00 0,00	10,41 0,00

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,50 9,50	9,50 9,50	0,00 0,00	0,00 0,00	9,50 9,50
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	23,96 6,93	23,96 6,93	0,00 0,00	6,84 0,00	17,12 6,93

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.
----------	------	--------	---------	------	-------

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.
Diätassistentin und Diätassistent	1,22	1,22	0,00	0,00	1,22
Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungsthera und Entspannungstherapeut/Entspannungstraine und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielhrerin und Heileurhythmielhrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	2,28	2,28	0,00	0,00	2,28
Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	2,15	2,15	0,00	0,00	2,15
Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	19,87	19,87	0,00	0,00	19,87
Physiotherapeutin und Physiotherapeut	8,93	8,93	0,00	0,00	8,93
Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	1,59	1,59	0,00	0,00	1,59
Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut	0,33	0,33	0,00	0,00	0,33

Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	1,39	1,39	0,00	0,00	1,39
Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	1,59	1,59	0,00	0,00	1,59
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	4,23	4,23	0,00	0,00	4,23
Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	4,49	4,49	0,00	0,00	4,49

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:	Frau Annegret Voß, Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte
Telefon:	0211 4400 2199
Fax:	0211 4400 2016
E-Mail:	annegret.voss@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:	Betriebsleitung
Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Frau Annegret Voß, Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte
Telefon:	0211 4400 2199
Fax:	0211 4400 2016
E-Mail:	annegret.voss@vkkd-kliniken.de

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:

Betriebsleitung

Tagungsfrequenz des Gremiums:

quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	<p>Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VKKD Transfusionshandbuch Standort MHD Letzte Aktualisierung: 30.07.2018</i></p>
2	<p>Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: F-Fixierungsanordnung Letzte Aktualisierung: 19.07.2016</i></p>
3	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
4	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
5	<p>Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Arztbriefschreibung Letzte Aktualisierung: 01.01.2016</i></p>
6	<p>Schmerzmanagement</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Schmerzmanagement, Schmerz Anlage A, Schmerz Anlage B, Schmerz Anlage C, Schmerz Anlage D Letzte Aktualisierung: 02.08.2016</i></p>
7	<p>Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: S-Dekubitusprophylaxen Letzte Aktualisierung: 15.04.2010</i></p>
8	<p>Klinisches Notfallmanagement</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Herzalarm Letzte Aktualisierung: 04.07.2017</i></p>
9	<p>Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DIN EN ISO 9001 konformes QM-System mit vollständiger Dokumentation und Fachgesellschaftszertifikate. Letzte Aktualisierung: 31.12.2018</i></p>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
12	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: S-P-Aufwachraum Letzte Aktualisierung: 22.05.2015</i>
13	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Team-Time-Out, S-OP-Markierungen Letzte Aktualisierung: 01.01.2016</i>
14	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Entlassungsmanagement Letzte Aktualisierung: 28.05.2019</i>
15	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: S-Sturzprophylaxe Letzte Aktualisierung: 08.01.2010</i>
16	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: MPG Verordnung Letzte Aktualisierung: 31.12.2016</i>
17	Mitarbeiterbefragungen

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 checked="" type="checkbox"/>	Andere: CIRS-Team

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsweg-internen Fehlermeldesystems

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

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: bei Bedarf</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: quartalsweise</i>
3	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 02.08.2017</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Im Rahmen von Qualitätszirkeln / CIRS-Team-Treffen und M&M-Konferenzen werden Fehlermeldungen bewertet und ggf. Maßnahmen zur Korrektur oder Verbesserungen eingeleitet.

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	CIRS NRW (Ärztckammern 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:	bei Bedarf

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	2 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	11
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	20

¹⁾ 2 Krankenhaushygieniker für den VKKD.

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Karl-Heinz Schultheis, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0211 4400 2333
Fax:	0211 4400 2610
E-Mail:	karl-heinz.schultheis@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 (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaprofylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

Die standardisierte Antibiotikaprofylaxe 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 Wundaufgabe	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	29
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	146

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: MRE-Netzwerk Düsseldorf</i>
2	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Zertifikat Silber</i>
3	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten <i>Jährlich und bei Bedarf</i>
4	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen <i>monatlich neue Mitarbeiter, mehrmals jährlich und bei Bedarf</i>
5	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
VARIA-KISS OP-KISS ITS-KISS MRSA-KISS ONKO-KISS-2.0 STATIONS-KISS VARIA KISS	

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

<input checked="" type="checkbox"/>	CDAD-KISS
<input type="checkbox"/>	AMBU-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	ITS-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 checked="" 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.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Frau Annegret Voß, Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragte
Telefon:	0211 4400 2199
Fax:	0211 4400 2016
E-Mail:	annegret.voss@vkkd-kliniken.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Herr Dr. med. Yves Heuser, Patientenfürsprecher
Telefon:	0211 4400 2501
Fax:	0211 4400 2610
E-Mail:	yves.heuser@vkkd-kliniken.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums: Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?

ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Herrn Dr. rer. nat. Gery Schmitz, Apothekenleitung
Telefon:	0211 4400 7201
Fax:	0211 4400 7219
E-Mail:	gery.schmitz@vkkd-kliniken.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	12
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	10
Erläuterungen:	Insgesamt in der zentralen Apotheke für die Häuser der KMR, Marien Hospital und Mauritius Therapieklinik tätig.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
2	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
3	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: 5.1.3 Standardbogen Arzneimittelanamnese. - siehe Freitext 2 - Letzte Aktualisierung: 01.01.2018</i>
4	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
5	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe -Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung)
6	SOP zur guten Verordnungspraxis
7	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
8	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
9	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln:

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
- Sonstiges: - siehe Freitext 2 -

Zu AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln:

- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
- Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
- Sonstiges: - siehe Freitext 2 -

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

- Fallbesprechungen
- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
- Andere: - siehe Freitext 2 -

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung:

- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
- Aushändigung des Medikationsplans
- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
- Sonstiges: - siehe Freitext 2 -

Auswahlliste "Arzneimitteltherapiesicherheit" (A-12.5.4)

Verfasser: Herr Dr. G. Schmitz, Ltg. Apotheke

AS01 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen:

- Wöchentl. Teamsitzung Apotheke bzw. Zentrallager,
- Teamsitzung Apotheker bei Bedarf,
- Regelmäßige innerbetriebliche Fortbildungen durch interne bzw. externe Referenten (ca. 1x monatl.)

AS02 Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel für Kinder

- Patientenbroschüren vorhanden z.B. Parkinson, Schlaganfallprävention, Vorhofflimmern Venenthrombose und Lungenembolie Ernährung etc. Antikoagulationspässe

AS03 Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel Anamnese

- Standardisierte Bögen zur Arzneimittelanamnese Verfahrensweisung (Stand 11/2018):
- 5.1.7 Marienhospital

- **AS04 Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von**

atientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Ingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)

- Elektronische Verordnungssoftware "Meona" Erfassung der Hausmedikation durch Apotheker; elektronisches Einlesen der Hausarztmedikation in Verordnungssoftware

AS05 Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe - Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung)

- Neuaufnahmen / Arzneimittelanamnese in den verschiedenen Häusern 5.1.3 Marien Krankenhaus
- 5.1.7 Marienhospital
- 5.1.8 Arzneimittelinformation
- 5.1.9 Beratung von Ärzten / Pflegepersonal zu Arzneimitteln
- 5.1.10 Beratung von Ärzten / Pflegepersonal zu Medizinprodukten
- 5.1.11 Beratung: Enterale / Parenterale Ernährung
- 5.4.1 - 5.4.4 Abgabe dokumentationspflichtiger Arzneimittel
- 5.4.5- 5.4.10 Belieferung der Stationen mit Arzneimitteln, Medizinprodukten, Sonderanforderungen, Notdepots
- Stand 11/2018

AS06 SOP zur guten Verordnungspraxis

- 5.1.7 Neuaufnahmen Marienhospital
- 5.5.3 Versorgung entlassener Patienten mit Unit-Dose
- 5.5.8 Patientenorientierte Arzneimittelversorgung VKKD
- Stand 11/2018

AS07 Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)

- Elektronische Verordnung in Verordnungssoftware "Meona" mittels Eingabe von Wirkstoff- bzw. Präparatnamen,
- Voreinstellungen bei Dosierung und Applikationszeitpunkt,
- Hinterlegung fachspezifischer Therapiestandards durch Apotheker

AS08 Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)

- Elektronische Arzneimittelinformationssysteme:
- Roe Liste® Lauer-Taxe® Gelbe Liste®
- Fachinfo-Service®
- Verordnungssoftware "Meona"
- Software Zytostatikaherstellung "Zenzy"

AS09 Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

Verfahrensanleitungen:

- 5.2.1. Zentrale Zytostatika Zubereitung
- Kontinuierliches Monitoring
- 5.2.3. Reinigung und Desinfektion Zentrale Zytostatika-Zubereitung
- 5.2.6. Mikrobiologische Validierung und Revalidierung der aseptischen Herstellung / Personal
- 5.2.7. Mikrobiologische Validierung und Revalidierung der aseptischen Herstellung / Umgebung
- 5.2.8. Entsorgung Zytostatika
- 5.2.2. Aseptische Herstellung und Prüfung applikationsfertiger Parenteralia mit CMR- Eigenschaften der Kategorie 1A oder 1B
- 5.2.11. Herstellung und Prüfung applikationsfertiger Parenteralia ohne toxisches Potential
- 5.2.10. Herstellung von nichtsterilen Rezeptur- und Defekturarmitteln
- 5.2.9. Wasser als Ausgangsstoff zur rezeptur- und defekturmäßigen Herstellung
- 5.2.12. Reinigung Galenik

AS10 Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

- Closed loop Medication Management durch die Zentralapotheke
- Medikamentenanamnese durch Pharmazeuten
- Medikationsdokumentation in elektronische Verordnungssoftware (Meona®)
- Validierung der Verordnungen durch Pharmazeuten
- Patientenbezogene Belieferung der Medikamente
- Verblisterung, Unit-Dose Versorgung (täglich)
- Elektronisches Bestellsystem für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Elektronische Anforderung von Zytostatika

AS11 Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln

- Dokumentation des Stellens und der Verabreichung in der Verordnungssoftware "Meona®" durch Pflegepersonal

AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

- Closed loop Medication Management durch die Zentralapothek (siehe auch AS10)
- Validierung von Medikationseingaben und -änderungen in Verordnungssoftware durch Apotheker,
- Prüfung auf mögliche Wechselwirkungen,
- Dosierung bei Nieren- und Leberinsuffizienz,
- Teilnahme an Visiten,
- Ausbildung antibiotic stewardship,
- Eingabe von CIRS Meldungen,
- Meldung von Arzneimittelrisiken und Medizinprodukte-,
- Chargendokumentation Blutprodukte

AS13 Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

- Elektronische Übernahme der Entlassmedikation in den Entlassbrief
- Aushändigung Medikationsplan
- Mitgabe der Entlassmedikation zur Sicherstellung der Therapie (Unit-Dose)
- Mitgabe Entlassrezept durch Station

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
	<i>Zusätzlich ein CT in der Klinik für Strahlentherapie</i>		
2	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
3	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinerstörung,	
	<i>Per Sonde und Endoskop. Perkutan - durch die Haut hindurch.</i>		
4	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
	<i>Videodokumentation während der EEG-Ableitung - mobiles 24 h- Langzeit-EEG Untersuchung der Nervenheilgeschwindigkeit</i>		
5	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse). Gerät für Plasmapherese.	Ja
	<i>Geräte zur Blutreinigung. Gerät zum Plasmaaustausch bei nephrologischen und neurologischen Krankheiten.</i>		
6	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung. Zusätzlich eine Fluoreszenz Angiographie in der Augenheilkunde	Nein
	<i>Zusätzlich eine Fluoreszenzangiographie in der Augenheilkunde</i>		
7	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
	<i>Diagnostik der Inkontinenz bei Kindern und Erwachsenen erfolgen in einer modern eingerichteten urologischen Funktionsabteilung. Blasenfunktionsstörungen können an einem urodynamischen Messplatz gezielt untersucht werden.</i>		
8	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
9	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	
10	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>MEP, cVEMP, Nystagmographie, Ganganalyse.</i>		
11	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
12	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
13	Roboterassistiertes Chirurgie-System	Roboterassistiertes Chirurgie-System	
14	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart? Ja

Stufen der Notfallversorgung:

- Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
- Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
- Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1:

Umstand: Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe gemäß Abschnitt III - V der Regelungen zu den Notfallstrukturen des G-BA.

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt: Nein

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde. Nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
Straße:	Rochusstr.
Hausnummer:	2
PLZ:	40479
Ort:	Düsseldorf
URL:	https://www.marien-hospital.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herrn Prof. Dr. med. Ulrich Hörnchen, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2411
Fax:	0211 4400 2521
E-Mail:	anaesthesie@marien-hospital.de
Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	https://www.marien-hospital.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>OP-Management</p> <p><i>Organisation der beiden Operationseinheiten mit insgesamt 8 Sälen.</i></p>
2	<p>Intensivmedizin</p> <p><i>Auf der interdisziplinären Intensivstation werden alle modernen Verfahren der Intensivmedizin angewandt. Beatmungstherapie, Überwachung (Monitoring), kinetische Therapie und Nierenersatzverfahren. 24 Stunden ärztliche Besetzung.</i></p>
3	<p>8500 Anästhesien pro Jahr</p> <p><i>- Durchführung von Vollnarkosen und regionalanästhesiologischen Verfahren - Prästationäre ambulante Narkosevorbereitung sowie die mittels Kathetern und Infusionspumpen durchgeführte perioperative Schmerztherapie - Eigenblutspenden in Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz. Akupunkturbehandlung.</i></p>
4	<p>Schmerztherapie</p> <p><i>Schmerztherapie und Schmerzmanagement.</i></p>
5	<p>Notfallmedizin</p> <p><i>24 Std. im Haus, 8500 Anästhesien pro Jahr.</i></p>

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
2	RICHTLINIE ÜBER DIE AMBULANTE BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS NACH § 116B SGB V
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	LEISTUNGEN:
	LK01 - CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	14,56	14,56	0,00	0,00	14,56	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	9,54	9,54	0,00	0,00	9,54	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-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Palliativmedizin
2	Ärztliches Qualitätsmanagement

B-[1].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	30,33	28,97	1,36	0,00	30,33	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-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Hygienefachkraft
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Bachelor
5	Praxisanleitung
6	Casemanagement
7	Pflege in der Onkologie

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Wundmanagement
3	Bobath
4	Schmerzmanagement
5	Kontinenzmanagement
6	Still- und Laktationsberatung <i>z. B Still- und Laktationsberater (IBCLC)</i>

B-[2] Klinik für Innere Medizin und konservative Intensivmedizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Innere Medizin und konservative Intensivmedizin
Straße:	Rochusstr.
Hausnummer:	2
PLZ:	40479
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0100) Innere Medizin

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Reinhard Lüthen, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2430
Fax:	0211 4400 2591
E-Mail:	inneremedizin@marien-hospital.de
Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums</p> <p><i>Diese Erkrankungen können hier durch Ultraschall und ultraschallgesteuerte Punktionen abgeklärt werden.</i></p>
2	<p>Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten</p> <p><i>Das Spektrum der Symptome reicht von gelegentlichem Herzschmerz (Angina pectoris) bis zum Herzinfarkt. Wir stellen die Diagnose und leiten die (invasive) Behandlung ein.</i></p>
3	<p>Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege</p> <p><i>Schwere Formen von Tonsillitis bis Bronchitis werden behandelt.</i></p>
4	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas</p> <p><i>Alle Erkrankungsformen können hier diagnostiziert und behandelt werden. Die oft aufwändige Diagnostik und Therapie ist einer unserer wesentlichen Leistungsschwerpunkte und wird engagiert wie schonend durchgeführt.</i></p>
5	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren</p> <p><i>Es kann die Diagnostik vieler Formen dieser Gefäßkrankheiten hier erfolgen und dann ggf. eine medikamentöse Therapie durchgeführt werden.</i></p>
6	<p>Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen</p> <p><i>Nach der Labordiagnostik lassen sich viele dieser Störungen gezielt behandeln.</i></p>
7	<p>Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit</p> <p><i>Klinisch radiologisch und sonographisch diagnostizieren wir hier alle Herzerkrankungen und leiten die Behandlung ein.</i></p>
8	<p>Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen</p> <p><i>Die Störungen werden durch EKG, Langzeit-EKG, Monitorüberwachung oder implantierbare Aufzeichnungsgeräte diagnostiziert und dann gezielt durch Medikamente oder elektrische Kardioversion behandelt.</i></p>
9	<p>Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen</p> <p><i>Schwere Krankheitsbilder werden hier ggf. unter Hinzuziehung externer Experten festgestellt und direkt behandelt.</i></p>
10	<p>Endoskopie</p> <p><i>Siehe "Magen/Darm-Erkrankungen" und "Atemwegs-Erkrankungen". Das komplette Spektrum der Endoskopie wird hier angeboten und durch z.Zt. 4 speziell ausgebildete Gastroenterologen/-innen praktiziert.</i></p>
11	<p>Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen</p> <p><i>Laborchemisch, sonographisch und ggf. durch Punktion diagnostizieren wir die Nierenerkrankung und behandeln diese. Sofern nötig, kann die Dialyse in unserer Dialyseabteilung (mit 10 Plätzen) durchgeführt werden. Ebenso Diagnostik und Therapie von schweren Bluthochdruckerkrankungen.</i></p>
12	<p>Intensivmedizin</p> <p><i>8 intensivmedizinische Behandlungsplätze mit dem gesamten Umfang der modernen Intensivtherapie stehen zur Verfügung.</i></p>
13	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura</p> <p><i>Das gesamte Krankheitsspektrum der Rippenfellkrankungen wird behandelt.</i></p>
14	<p>Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin</p> <p><i>Schlafapnoe-Diagnostik kann hier erfolgen.</i></p>
15	<p>Orale Endosonographie</p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>Diagnostisch und interventionell; 13400, 13401, 13402, 33042, 33090 EBM</i>
16	Sonographische Untersuchungen. Gezielte Organpunktionen / gefäß-Sonographien <i>33042, 33073, 33075, EBM bei Verdacht auf eine portale Hypertension; Leberfibrosegrad (Fibrosenscan); 33042 bei Verdacht auf eine Leber- und Gallenerkrankung, Schilddrüsen-Sonographien.</i>
17	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten <i>Im Anschluss an die klinische, laborchemische, mikroskopische oder bildgebende Diagnosstellung können die meisten dieser Erkrankungen hier medikamentös behandelt werden.</i>
18	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge <i>Das gesamte Krankheitsspektrum von Asthma, obstruktiver Bronchitis bis Lungenentzündung wird behandelt.</i>
19	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen <i>Alle Erkrankungsformen können hier diagnostiziert und behandelt werden.</i>
20	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten <i>Krankhaft vergrößerte Lymphknoten sind oft entzündlichen oder tumorösen Ursprungs. Durch Ultraschall und/oder Punktion (in örtlicher Betäubung) lässt sich oft eine Klärung erreichen. Vergleiche auch Kapitel "Herz/ Gefäßerkrankungen".</i>
21	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) <i>Alle Erkrankungsformen können hier diagnostiziert und behandelt werden.</i>
22	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>Die Diagnostik onkologischer Erkrankungen ist hier in vollem Umfang möglich. Die Behandlung erfolgt in der Regel bei unseren Onkologen. Mitwirkung im hiesigen Darmzentrum und Onkologischen Zentrum/Tumorboard; Schwerpunkt Endoskopie im VKKD.</i>
23	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs <i>Spiegelung des Enddarms mit Behandlungsmöglichkeit von Hämorrhoiden, Fissuren etc.</i>
24	Perkutane endoskopische Gastrotomie <i>Anlage, Revision, Entfernung nach den Nr. 13412 EBM Mitwirkung im hiesigen Darmzentrum und Onkologischen Zentrum/Tumorboard; Schwerpunkt Endoskopie im VKKD</i>
25	Minimalinvasive endoskopische Operationen <i>Sämtliche endoskopisch-interventionelle Untersuchungen und Behandlungen sind hier möglich. Die Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Gallenwegssystems und des Pankreas sind hier besondere Schwerpunkte der Klinik. 13430, 13431, 34245 und 34280 EBM</i>
26	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes <i>Die verschiedenen Formen der pulmonalen Hypertonie können festgestellt und erstbehandelt werden. Ebenso diagnostizieren und behandeln wir akute und chronische Rechtsherzschwäche.</i>
27	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) <i>Schwere Verlaufsformen des Bluthochdrucks werden hier festgestellt und behandelt.</i>
28	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten <i>z. B. Diabetes, Schilddrüsen- Über- und Unterfunktionen, Nebenschilddrüsenstörungen, Nebennierenfunktionsstörungen SiADH etc.</i>
29	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen <i>In enger Kooperation mit der Klinik für Onkologie und Hämatologie im Haus.</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

30	<p>Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)</p> <p><i>Schwerpunkt liegt in der Diagnostik der HIV-Erkrankung und deren Folgeerkrankungen. In der Weiterbehandlung kooperieren wir mit den HIV-Schwerpunkteinrichtungen Düsseldorfs.</i></p>
31	<p>Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen</p> <p><i>Dies geschieht im Zusammenwirken mit den geriatrischen Einrichtungen Düsseldorfs.</i></p>
32	<p>Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen</p> <p><i>Beschränkt sich auf akute Fälle und deren Erstversorgung (basierend auf der Einschätzung durch unseren psychiatrischen Konsiliararzt)</i></p>
33	<p>Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis</p> <p><i>Klinische, laborchemische, apparative und mikrobiologische Untersuchung erlaubt die rasche Diagnose und Behandlung (inkl. Intensivbehandlung).</i></p>
34	<p>Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen</p> <p><i>Die Erstdiagnose einer Autoimmun-/Systemerkrankung wird hier gestellt und die Akuttherapie eingeleitet. (z.T. mit Konsilärzten).</i></p>

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

Vollstationäre Fallzahl:	3500
Teilstationäre Fallzahl:	123

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	108
2	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	106
3	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	76
4	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	70
5	R55	Synkope und Kollaps	68
6	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	52
7	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	47
8	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	46
9	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	44
10	E86	Volumenmangel	43
11	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	42
12	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	42
13	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	42
14	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	37

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	J44.10	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	35
16	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	34
17	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	33
18	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	31
19	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	30
20	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	29
21	J44.00	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	29
22	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	28
23	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	28
24	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	27
25	K63.5	Polyp des Kolons	27
26	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	26
27	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	25
28	F05.1	Delir bei Demenz	23
29	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	23
30	K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	23

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I50	Herzinsuffizienz	194
2	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	192
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	150
4	A41	Sonstige Sepsis	135
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	124
6	N17	Akutes Nierenversagen	81
7	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	78
8	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	75
9	K80	Cholelithiasis	74
10	R55	Synkope und Kollaps	68
11	K29	Gastritis und Duodenitis	60
12	K57	Divertikulose des Darmes	53

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	3550
2	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1521
3	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	572
4	8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	477
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	437
6	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	435
7	3-056	Endosonographie des Pankreas	342
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	338
9	3-05x	Andere Endosonographie	328
10	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	280
11	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	276
12	3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	270
13	1-645	Zugang durch retrograde Endoskopie	265
14	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	246
15	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	242
16	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	210
17	1-710	Ganzkörperplethysmographie	191
18	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	187
19	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	186
20	3-051	Endosonographie des Ösophagus	174
21	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	161
22	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	160
23	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	160
24	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	147
25	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	137

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	127
27	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	125
28	1-631.0	Diagnostische Ösophagogastroskopie: Bei normalem Situs	104
29	8-701	Einfache endotracheale Intubation	104
30	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	92

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-854	Hämodialyse	3582
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1562
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	1161
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	1034
5	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	542
6	8-855	Hämodiafiltration	477
7	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	373
8	3-056	Endosonographie des Pankreas	342
9	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	338
10	3-05x	Andere Endosonographie	328

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	DIAGNOSTIK UND THERAPIE VON ERKRANKUNGEN DES MAGEN-DARM-TRAKTES (GASTROENTEROLOGIE)
	Privatambulanz
	<i>Gesamtes Spektrum von Vorsorgeuntersuchung (internistischer Check-Up) bis Klärung spezieller Fragestellungen. Organisation über das Chefarztsekretariat Frau Sevenich Tel.: 0211/4400-2430</i>
2	MINIMALINVASIVE ENDOSKOPISCHE OPERATIONEN.
	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>Auf Überweisung von Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie. Organisation über Endoskopie-Sekretariat Te.: 0211/4400-6429, oder 0211/4400-2273</i>
3	PRÄSTATIONÄRE DIAGNOSTIK
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>mittels Endoskopie (Gastroskopie). Auf kassenärztlicher Einweisung.</i>

4	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	VI20 - Intensivmedizin
	VC71 - Notfallmedizin
	<i>Multidisziplinär besetztes Ärzte-Team für unklare/schwere Erkrankungen. Diagnostik, Erstversorgung, stationäre Aufnahme</i>
5	AMB. SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG ASV
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	<i>Alle erforderlichen endoskopischen Leistungen in enger Zusammenarbeit mit unserer Klinik für Onkologie.</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	252
2	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	52
3	5-469	Andere Operationen am Darm	47
4	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	46
5	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	7
6	1-652	Diagnostische Endoskopie des Darmes über ein Stoma	5
7	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	5
8	3-05b	Endosonographie der Harnblase und der Urethra	< 4
9	3-058	Endosonographie des Rektums	< 4
10	1-654	Diagnostische Rektoskopie	< 4

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	20,36	20,36	0,00	0,00	20,36	171,9
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	8,16	8,16	0,00	0,00	8,16	428,9

Abkürzungen:

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

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Proktologie
2	Intensivmedizin
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[2].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	49,40	48,35	1,05	4,36	45,04	77,7
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,08	1,42	0,66	0,00	2,08	1682,7

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,03	0,00	0,03	0,00	0,03	116667,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,40	0,00	0,40	0,00	0,40	8750,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	3,37	3,37	0,00	0,00	3,37	1038,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,68	7,68	0,00	1,70	5,98	585,3

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Onkologie
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung
5	Pflege in der Endoskopie
6	Intensiv- und Anästhesiepflege

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes
2	Kinästhetik
3	Geriatric z. B. Zercur
4	Bobath
5	Basale Stimulation
6	Endoskopie/Funktionsdiagnostik

B-[3] Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie
Straße:	Rochusstr.
Hausnummer:	2
PLZ:	40479
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0533) Hämatologie/internist. Onkol./Schwerp. Strahlenheilk.

B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Karl-Axel Hartmann, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2051
Fax:	0211 4400 2052
E-Mail:	strahlentherapie@marien-hospital.de
Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden <i>Intracavitär/interstitiell. Afterloading</i>
2	Hochvoltstrahlentherapie <i>Linearbeschleuniger</i>
3	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
4	Oberflächenstrahlentherapie
5	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
6	Intraoperative Bestrahlung <i>Mobetron</i>
7	Spezialprechstunde <i>Hochdosierte Bestrahlung abgrenzbarer Tumore mit einer Genauigkeit von wenigen Millimetern. Afterloading.</i>
8	"Atemgating". Bestrahlung in tiefer Inspiration zur Herzschonung. <i>Medizinisches Versorgungszentrum. Angebot zur ambulanten Behandlung für die Fachbereiche Urologie und Strahlentherapie</i>

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-522.91	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung	1501
2	8-522.90	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Ohne bildgestützte Einstellung	877
3	8-522.d0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	220
4	8-527.0	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, einfach	207
5	8-528.6	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: CT-gesteuerte Simulation für die externe Bestrahlung	197
6	8-522.d1	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung	176
7	8-529.3	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die intensitätsmodulierte Radiotherapie	120

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	8-522.b0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	96
9	8-522.b1	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung	93
10	8-527.1	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, mittlerer Schwierigkeitsgrad	54
11	8-527.8	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Individuelle Blöcke oder Viellamellenkollimator (MLC)	52
12	8-529.8	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung, mit individueller Dosisplanung	45
13	8-524.2	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Intrauterin und intravaginal, kombiniert	33
14	8-524.0	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Intrauterin	15
15	8-527.2	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, komplex	8
16	8-529.6	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die Brachytherapie, komplex	3
17	8-525.12	Sonstige Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Interstitielle Brachytherapie mit Volumenimplantation von entfernbaren Strahlern in mehreren Ebenen: Hohe Dosisleistung	3
18	8-524.1	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Intravaginal	2
19	8-528.7	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: CT-gesteuerte Simulation für die Brachytherapie	1
20	8-529.7	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung ohne individuelle Dosisplanung	1

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	2963
2	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	321
3	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	198

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	169
5	8-524	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	50
6	8-525	Sonstige Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	< 4

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	<i>Angebot zur ambulanten Behandlung für die Fachbereiche Urologie und Strahlentherapie</i>
2	STRAHLENTHERAPEUTISCHE AMBULANZ
	Privatambulanz
	<i>Entsprechend dem Leistungsangebot der Strahlentherapie</i>
3	BRACHYTHERAPIE
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	LEISTUNGEN:
	LK02 - Brachytherapie
	<i>Oberflächenstrahlentherapie Hochvoltstrahlentherapie Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie Intraoperative Bestrahlung.</i>
4	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

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

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	2,20	2,20	0,00	0,00	2,20	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	2,20	2,20	0,00	0,00	2,20	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	Strahlentherapie

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[3].11.2 Pflegepersonal

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Praxisanleitung
2	Master
3	Pflege in der Onkologie

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Palliative Care
2	Breast Care Nurse

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 Gynäkologie und Geburtshilfe

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Straße:	Rochusstr.
Hausnummer:	2
PLZ:	40479
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herr Dr. (B) Patrick Dewalque, kommissarischer Leiter
Telefon:	0211 4400 2450
Fax:	0211 4400 2451
E-Mail:	frauenheilkunde@marien-hospital.de
Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren</p> <p><i>Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Onkologen, Strahlentherapeuten, Chirurgen und Urologen (Tumorkonferenz), wenn möglich minimal-invasive Operation (Stadium abhängig).</i></p>
2	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes</p> <p><i>Beratung und Therapie. Zertifiziert als "Babyfreundliches Krankenhaus" WHO und UNICEF.</i></p>
3	<p>Spezialsprechstunde</p> <p><i>Inkontinenz/ Descensus, Geburtsvorbereitung, Myome. Minimal-invasive (Bauchspiegelung und Gebärmutter Spiegelung), organerhaltende Myomentfernung. Myomembolisation. Falls erforderlich, minimal-invasive Teil- oder Totalentfernung der Gebärmutter.</i></p>
4	<p>Inkontinenzchirurgie</p> <p><i>In Zusammenarbeit mit der Klinik für Urologie und Allgemeinchirurgie im Hause. Teilnehmer des Zertifizierten Kontinenz- und Beckenbodenzentrums.</i></p>
5	<p>Ambulante Entbindung</p> <p><i>Zertifiziert als "Babyfreundliches Krankenhaus" nach WHO und UNICEF.</i></p>
6	<p>Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane</p> <p><i>Diagnostische Laparoskopie (Bauchspiegelung) und Hysteroskopie (Gebärmutter Spiegelung) als ambulante OP.</i></p>
7	<p>Geburtshilfliche Operationen</p> <p><i>Kaiserschnitt nach der sanften Methode (Misgaw-Ladach), Kaisergeburt.</i></p>
8	<p>Pränataldiagnostik und -therapie</p> <p><i>Farbdoppleruntersuchungen</i></p>
9	<p>Gynäkologische Chirurgie</p> <p><i>Bis zur großen interdisziplinären Krebschirurgie. Immunfloreszente Laparoskopie zur Darstellung der Wächter-Lymphknoten bei Gebärmutterkrebs.</i></p>
10	<p>Endoskopische Operationen</p> <p><i>Das ganze Spektrum der gynäkologischen minimal-invasiven Operationen wird angeboten, bei gewählten Indikationen auch in 3D durchführbar.</i></p>
11	<p>Verankerungssysteme mit künstlichen Bändern</p> <p><i>"Integraltheorie des Beckenbodens"/"Petros-Theorie". Dies ermöglicht eine noch nicht erreichte 80-%ige Heilungschance v. Dranginkontinenz, nächtlichem Harndrang, Rücken- oder Unterleibsschmerzen, einer Senkung der Gebärmutter oder Scheide sowie Stuhlnachschmierern oder Darmentleerungsproblemen.</i></p>
12	<p>Betreuung von Risikoschwangerschaften</p> <p><i>Diagnostik / Therapie</i></p>
13	<p>Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes</p> <p><i>Per Bauchspiegelung und Gebärmutter Spiegelung (auch als ambulante OP durchführbar)</i></p>
14	<p>Minimalinvasive laparoskopische Operationen</p> <p><i>Unter anderem therapeutische Kürette (Gebärmutterausschabung), Bauchspiegelung, Gebärmutter Spiegelung, Operation am Gebärmuttermund. Myombehandlung.</i></p>

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

Vollstationäre Fallzahl: 2626

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	897
2	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	228
3	O71.4	Hoher Scheidenriss unter der Geburt	128
4	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	124
5	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	68
6	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	58
7	O80	Spontangeburt eines Einlings	55
8	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	49
9	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	41
10	O69.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur	37
11	O70.2	Dammriss 3. Grades unter der Geburt	34
12	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	32
13	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	31
14	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	30
15	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	26
16	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	25
17	O00.1	Tubargravidität	21
18	D25.2	Subseröses Leiomyom des Uterus	20
19	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	20
20	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	18
21	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	18
22	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	18
23	O48	Übertragene Schwangerschaft	17
24	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	15

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	O72.0	Blutung in der Nachgeburtsperiode	15
26	O62.1	Sekundäre Wehenschwäche	14
27	P59.9	Neugeborenenikterus, nicht näher bezeichnet	14
28	N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie	13
29	O42.11	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn nach Ablauf von 1 bis 7 Tagen	13
30	N85.0	Glanduläre Hyperplasie des Endometriums	13

B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	900
2	O70	Dammriss unter der Geburt	386
3	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	129
4	D25	Leiomyom des Uterus	96
5	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	92
6	O42	Vorzeitiger Blasensprung	75
7	O80	Spontangeburt eines Einlings	55
8	N81	Genitalprolaps bei der Frau	55
9	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	48
10	O69	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen	42

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	947
2	9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	904
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	448
4	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	414
5	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	400
6	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	273
7	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	205

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	197
9	5-728.0	Vakuumentbindung: Aus Beckenausgang	80
10	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	72
11	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	66
12	5-728.1	Vakuumentbindung: Aus Beckenmitte	59
13	5-707.31	Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes: Enterozelenplastik mit alloplastischem Material: Vaginal	58
14	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	57
15	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	54
16	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	49
17	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	49
18	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	49
19	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	44
20	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	44
21	5-758.5	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva und Naht des Sphincter ani	42
22	5-679.x	Andere Operationen an der Cervix uteri: Sonstige	40
23	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	40
24	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	39
25	5-682.02	Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)	39
26	5-704.01	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Mit alloplastischem Material	37
27	5-593.20	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	35
28	5-756.1	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal): Instrumentell	34
29	5-704.6a	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Vaginal, mit alloplastischem Material	32

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	5-932.61	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, mit Titanbeschichtung: 10 cm ² bis unter 50 cm ²	31

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	951
2	9-500	Patientenschulung	904
3	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	720
4	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	448
5	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	414
6	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	400
7	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	175
8	5-749	Andere Sectio caesarea	145
9	5-728	Vakuumentbindung	139
10	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	72
11	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	65
12	5-661	Salpingektomie	58
13	5-707	Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes	58
14	5-469	Andere Operationen am Darm	57
15	5-653	Salpingoovariektomie	57

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	GYNÄKOLOGISCHE AMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VG19 - Ambulante Entbindung
	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	VG05 - Endoskopische Operationen

1	GYNÄKOLOGISCHE AMBULANZ
	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
	VG17 - Reproduktionsmedizin
	VG16 - Urogynäkologie
	<i>Kolposkopie (Scheidenspiegelung), Ultraschall, Probeentnahmen an den äußeren Genitalorganen, Dopplersonographie in der Schwangerschaft, Urogynäkologie (zertifizierte Beratungsstelle), Therapien: Ausschabungen, Konisationen.</i>
2	RICHTLINIE ÜBER DIE AMBULANTE BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS NACH § 116B SGB V
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
3	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	215
2	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	149
3	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	121
4	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	33
5	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	17
6	5-671	Konisation der Cervix uteri	10
7	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	8
8	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	4
9	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	< 4
10	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	< 4

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

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	8,76	8,76	0,00	0,00	8,76	299,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,49	3,49	0,00	0,00	3,49	752,4

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-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[4].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,42	9,13	0,29	0,92	8,50	308,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,85	4,58	0,27	0,00	4,85	541,4
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,05	0,00	0,05	0,00	0,05	52520,0

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	262600,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,26	1,26	0,00	0,00	1,26	2084,1
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,41	10,31	0,10	0,00	10,41	252,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,03	0,03	0,00	0,00	0,03	87533,3

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Pflege in der Onkologie
4	Bachelor
5	Praxisanleitung
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Master
8	Pflege in der Rehabilitation

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Still- und Laktationsberatung
	<i>z. B. Still- und Laktationsberater (IBCLC)</i>
2	Qualitätsmanagement
3	Breast Care Nurse
4	Diabetes
	<i>z. B. Diabetesberatung</i>
5	Schmerzmanagement
	<i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
6	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
7	Palliative Care
8	Geriatric <i>z. B. Zercur</i>
9	Kinästhetik
10	Basale Stimulation
11	Bobath
12	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
13	Pflegeexperte Neurologie <i>z. B. Parkinson Nurse</i>

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 Urologie, Uro-Onkologie und Kinderurologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Urologie, Uro-Onkologie und Kinderurologie
Straße:	Rochusstr.
Hausnummer:	2
PLZ:	40479
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2200) Urologie

B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Patrick Bastian, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2405
Fax:	0211 4400 2341
E-Mail:	urologie@marien-hospital.de
Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG 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 Niereninsuffizienz
2	Spezialsprechstunde
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
4	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters <i>Teilnahme am ZIRO (Zentrum für Interdisziplinäre Robotische Operationen)</i>
5	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems <i>Mit der Fusionsbiopsie, die in Echtzeit die Ergebnisse einer Kernspintomographie in das Ultraschallbild einspielt, können Prostatatumore gezielt biopsiert werden.</i>
6	Minimalinvasive endoskopische Operationen
7	Schmerztherapie
8	Tumorchirurgie <i>Tumorchirurgie sämtlicher urologischer Tumore inkl. Salvage-Operationen.</i>
9	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik <i>Mit der Fusionsbiopsie, die in Echtzeit die Ergebnisse einer Kernspintomographie in das Ultraschallbild einspielt, können Prostatatumore gezielt biopsiert werden.</i>
10	Prostatazentrum <i>Sämtliche operative Verfahren zur Behandlung des Prostatakarzinoms HDR-Brachytherapie.</i>
11	Kinderurologie <i>Enuresis Sprechstunde. Hodenfehlage, Hypospadie und Rekonstruktion des Harntraktes</i>
12	Behandlung von onkologischen Erkrankungen
13	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis <i>Diagnostik und minimalinvasive Therapie von Urolithiasis inklusive perkutaner Litholapaxie (PNL) und MINI-PNL</i>
14	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
15	Minimalinvasive laparoskopische Operationen <i>Niere, Harnblase, Harnleiter und Prostata.</i>
16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
17	Urogynäkologie <i>Kontinenz- und Beckenbodenzentrum, zertifiziert durch die Deutsche Kontinenz Gesellschaft.</i>
18	Harnröhrenrekonstruktion mittels Mundschleimhaut oder Lappenplastik.
19	Männliche Harninkontinenz.
20	Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) <i>Angebot der ambulanten Behandlung durch die Fachbereiche Urologie und Strahlentherapie. Urodynamik/ Urologische Funktionsdiagnostik</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	2188
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	359
2	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	156
3	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	143
4	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	103
5	N40	Prostatahyperplasie	97
6	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	91
7	N20.0	Nierenstein	87
8	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	83
9	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	75
10	N20.1	Ureterstein	52
11	N13.6	Pyonephrose	50
12	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	47
13	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	45
14	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	43
15	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	38
16	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	38
17	N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	37
18	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	33
19	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	32
20	N30.8	Sonstige Zystitis	30
21	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	25
22	A41.58	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	21
23	N30.9	Zystitis, nicht näher bezeichnet	21
24	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	20
25	N43.3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet	19
26	N45.0	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis mit Abszess	19
27	N41.0	Akute Prostatitis	18

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	13
29	N32.0	Blasenhalsobstruktion	11
30	N44.0	Hodentorsion	11

B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	717
2	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	187
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	156
4	N20	Nieren- und Ureterstein	144
5	N30	Zystitis	104
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	97
7	N40	Prostatahyperplasie	97
8	A41	Sonstige Sepsis	68
9	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	54
10	N35	Harnröhrenstriktur	47
11	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	47
12	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	45
13	N45	Orchitis und Epididymitis	44

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	1596
2	1-336	Harnröhrenkalibrierung	1488
3	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	1464
4	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	612
5	8-139.00	Andere Manipulationen am Harntrakt: Bougierung der Urethra: Ohne Durchleuchtung	552
6	8-132.1	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, einmalig	491
7	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	445
8	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	424
9	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	234

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	5-560.2	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Bougierung, transurethral	233
11	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	210
12	5-561.7	Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums: Bougierung, transurethral	208
13	1-100	Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie	199
14	5-573.3	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Destruktion	182
15	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	166
16	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	132
17	5-562.9	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition	131
18	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	130
19	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	109
20	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	109
21	5-604.52	Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	91
22	5-601.6	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektrische Vaporisation	85
23	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	85
24	5-98b.x	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops: Sonstige	82
25	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	80
26	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	77
27	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	75
28	5-550.21	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Ureterorenoskopisch	72
29	5-573.1	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Inzision des Harnblasenhalses	70
30	3-05c.0	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane: Transrektal	66

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-132	Manipulationen an der Harnblase	2617
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	1596
3	1-336	Harnröhrenkalibrierung	1488
4	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	1045
5	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	579
6	8-139	Andere Manipulationen am Harntrakt	555
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	371
8	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	312
9	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	262
10	5-560	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters	243
11	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	234
12	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	220
13	5-561	Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums	217
14	1-100	Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie	199
15	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	166

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	UROLOGISCHE AMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VU00 - Kontinenzdiagnostik inkl. Urodynamik und Therapie
	VU00 - Privatambulanz, Wechsel Neueinlagen von Nierenkathetern und Harnleitersonden (alle Kassen)
	VU08 - Kinderurologie
	VU17 - Prostatazentrum
	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
	<i>Prostatazentrum (VU17), Wechsel Neueinlagen von Nierenkathetern und Harnleitersonden.</i>

2	ANGEBOT DER AMBULANTEN BEHANDLUNG DURCH DIE FACHBEREICHE UROLOGIE UND STRAHLENTHERAPIE. URODYNAMIK/UROLOGISCHE FUNKTIONSDIAGNOSTIK
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	Wechsel Neueinlagen von Nierenkathetern und Harnleitersonden (alle Kassen) (VU00), Prostatazentrum (VU17), Wechsel Neueinlagen von Nierenkathetern und Harnleitersonden,
3	RICHTLINIE ÜBER DIE AMBULANTE BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS NACH § 116B SGB V
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	LEISTUNGEN:
	LK02 - Brachytherapie
4	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	275
2	5-640	Operationen am Präputium	100
3	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	54
4	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	25
5	5-624	Orchidopexie	21
6	5-572	Zystostomie	10
7	5-611	Operation einer Hydrocele testis	7
8	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	4
9	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	< 4
10	5-582	Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra	< 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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	10,85	10,85	0,00	0,00	10,85	201,7
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,85	3,85	0,00	0,00	3,85	568,3

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	Urologie
2	Allgemeinchirurgie <i>Spezielle urologische Chirurgie</i>

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Andrologie
2	Medikamentöse Tumorthherapie

B-[5].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	20,37	20,34	0,03	6,15	14,22	153,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,36	0,36	0,00	0,00	0,36	6077,8

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	2188,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,60	0,60	0,00	0,00	0,60	3646,7
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,76	1,76	0,00	1,20	0,56	3907,1

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Pflege in der Onkologie
2	Notfallpflege
3	Casemanagement
4	Praxisanleitung
5	Hygienebeauftragte in der Pflege

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Stomamanagement
2	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
3	Diabetes <i>z. B. Diabetesberatung</i>
4	Qualitätsmanagement
5	Geriatric <i>z. B. Zercur</i>
6	Kinästhetik
7	Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
8	Palliative Care
9	Basale Stimulation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
10	Bobath
11	Ernährungsmanagement
12	Breast Care Nurse

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 Senologie und Brustchirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Senologie und Brustchirurgie
Straße:	Rochusstr.
Hausnummer:	2
PLZ:	40479
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[6].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	a.r.Prof. Dr. med. Werner Audretsch, Klinikdirektor
Telefon:	0211 4400 2761
Fax:	0211 4400 2762
E-Mail:	brustzentrum@vkkd-klinken.de
Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

Name/Funktion:	Dr. med. Oksana Möller, Chefärztin
Telefon:	0211 4400 2761
Fax:	0211 4400 2762
E-Mail:	oksana.moeller@vkkd-klinken.de
Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Allgemeines Leistungsspektrum</p> <p><i>Gewährleistung einer umfassenden Versorgung, Gutartiger und bösartiger Brusterkrankungen, auch beim Mann. Spezialisierte Fachkompetenz mit uneingeschränkter Methodenvielfalt für onkoplastische, ästhetische und rekonstruktive Brustchirurgie sowie prophylaktische Operationsverfahren.</i></p>
2	<p>Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse</p> <p><i>Diagnostische Abklärung durch hochauflösende Mammasonographie inkl. Dopplersonographie und Elastographie. Sonographisch gesteuerte Biopsien. Zweitbefundung externer Bildgebung mit radiologischer Konferenz. Operative Therapie gutartiger Tumore inkl. präoperative Lokalisationsverfahren.</i></p>
3	<p>Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse</p> <p><i>Umfassende Versorgung von der Diagnosesicherung über die Operation bis hin zur personalisierten Therapie, entsprechend der persönlichen Präferenz der Patienten ohne Einschränkung des Behandlungsprotokolls gemäß interdisziplinärer Tumorkonferenz-Entscheidung.</i></p>
4	<p>OP-Kernleistungen bei Brustkrebs: •Brusterhaltung und onkoplastische Brustchirurgie. •Wächterlymphknotendiagnostik und schonende Lymphknotenchirurgie •Sekundär- und Tertiär-chir. Eingriffe, Rezidiv-OP</p> <p><i>•Brustentfernung mit Sofortrekonstruktion oder späteren Wiederaufbau mit methodisch uneingeschränkten Rekonstruktionstechniken: -hautschonende Brustentfernung und Rekonstruktion mit Silikonprothesen - Rekonstruktion mit Eigengewebe von der Bauchdecke (TRAM) oder Rückengewebe (Latissimus)</i></p>
5	<p>Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse</p> <p><i>Gynäkomastie beim Mann. Entzündliche Erkrankungen der Brustdrüse.</i></p>
6	<p>Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie</p> <p><i>Beratung und Operationsangebot bei •Fehlbildungen, •Formveränderungen / Brustästhetik. •Prophylaktische Brustchirurgie. •Angleichende Brustchirurgie</i></p>
7	<p>Intraoperative Bestrahlung</p> <p><i>Brustchirurgie in Verbindung mit Intraoperativer Strahlentherapie IOERT (MOBETRON mit hochwirksamem Elektronen-Boost)</i></p>
8	<p>Mammachirurgie</p> <p><i>Brustkrebs sollte nicht notfallmäßig und überstürzt operiert werden. Es bedarf für den Langzeiterfolg einer präzisen Planung und einer exzellenten Durchführung, um ein onkologisch sicheres sowie ästhetisch einwandfreies Ergebnis zu erzielen und ein Nachschneiden zu vermeiden.</i></p>

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

Vollstationäre Fallzahl:	547
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	154
2	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	109
3	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	53
4	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	32
5	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	31
6	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	27
7	C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	15
8	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	14
9	C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	13
10	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	12
11	N60.1	Diffuse zystische Mastopathie	8
12	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	7
13	T85.4	Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat	6
14	N64.5	Sonstige Symptome der Mamma	6
15	C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität	5
16	Z80.3	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Familienanamnese	5
17	T85.82	Kapselfibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	4
18	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	4
19	N60.2	Fibroadenose der Mamma	4
20	Z40.00	Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen: Prophylaktische Operation an der Brustdrüse [Mamma]	4
21	C50.6	Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse	< 4
22	C49.6	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Rumpfes, nicht näher bezeichnet	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	N64.1	Fettgewebsnekrose der Mamma	< 4
24	D36.0	Gutartige Neubildung: Lymphknoten	< 4
25	L90.5	Narben und Fibrosen der Haut	< 4
26	T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
27	C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut	< 4
28	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
29	C50.0	Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	< 4
30	D48.6	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten: Brustdrüse [Mamma]	< 4

B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	362
2	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	54
3	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	31
4	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	14
5	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	12
6	N60	Gutartige Mammadysplasie [Brustdrüsendysplasie]	12
7	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	10
8	N64	Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	10
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	9
10	C77	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten	5

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	269
2	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)	84

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	66
4	5-870.a3	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie	64
5	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	63
6	5-886.30	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subkutan: Ohne gewebeverstärkendes Material	60
7	5-870.a4	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch lokale fasziokutane oder myokutane Lappenplastik aus dem brustumgebenden Haut- und Weichteilgewebe	48
8	5-407.02	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1 und 2	36
9	5-870.a5	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik	31
10	5-882.3	Operationen an der Brustwarze: Transposition	21
11	5-406.11	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1	18
12	5-885.6	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Gestieltes Haut-Muskel-Transplantat [myokutaner Lappen], ohne Prothesenimplantation	18
13	5-406.12	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1 und 2	18
14	5-877.22	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels durch Mastopexie und Bildung eines gestielten Corium-Cutis-Lappens	16
15	5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	13
16	5-884.2	Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	13
17	5-895.2a	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken	12
18	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	12

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	5-877.20	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Ohne weitere Maßnahmen	11
20	5-877.11	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Hautsparende Mastektomie [SSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels	11
21	5-877.0	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Subkutane Mastektomie	10
22	5-870.21	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Duktektomie: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	9
23	5-874.0	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit Teilresektion des M. pectoralis major	9
24	5-407.01	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1	8
25	5-877.21	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels durch Mastopexie	7
26	5-911.1a	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Brustwand und Rücken	7
27	5-402.12	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Axillär: Level 1 und 2	6
28	5-889.0	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese	6
29	5-877.12	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Hautsparende Mastektomie [SSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels und Bildung eines gestielten Corium-Cutis-Lappens	6
30	5-889.40	Andere Operationen an der Mamma: Wechsel einer Mammaprothese: Ohne gewebeverstärkendes Material	6

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	325
2	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	275
3	5-886	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma	67
4	5-872	(Modifizierte radikale) Mastektomie	67

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	5-877	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	66
6	5-407	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation	48
7	5-406	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation	37
8	5-882	Operationen an der Brustwarze	33
9	5-889	Andere Operationen an der Mamma	22
10	5-881	Inzision der Mamma	18
11	5-885	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation	18
12	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	17
13	5-884	Mammareduktionsplastik	13
14	5-874	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	10

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	BESTIMMUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116B SGB V Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
2	PRIVATAMBULANZ Privatambulanz <i>Nachsorge nach Mammakarzinom, Vorsorge, Sonographie, Stanzbiopsie.</i>
3	ERMÄCHTIGUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116 SGB V BZW. § 31A ABS. 1 ÄRZTE-ZV (BESONDERE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN ODER KENNTNISSE VON KRANKENHAUSÄRZTEN UND KRANKENHAUSÄRZTINNEN) Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) <i>Ambulante Leistung auf Überweisung von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, bei männlichen Patienten mit gutartigen oder bösartigen Erkrankungen der Brust auch auf Überweisung von Chirurgen, Urologen und Strahlentherapeuten.</i>
4	NOTFALLAMBULANZ (24H) Notfallambulanz (24h)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	< 4
2	5-882	Operationen an der Brustwarze	< 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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	3,60	3,60	0,00	0,00	3,60	151,9
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,60	3,60	0,00	0,00	3,60	151,9

Abkürzungen:

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

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

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

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,58	5,53	0,05	0,00	5,58	98,0
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,09	0,00	0,09	0,00	0,09	6077,8
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,02	0,00	0,02	0,00	0,02	27350,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,75	0,75	0,00	0,00	0,75	729,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,02	0,02	0,00	0,00	0,02	27350,0

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Pflege in der Onkologie
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Bachelor
4	Intensiv- und Anästhesiepflege
5	Praxisanleitung
6	Hygienebeauftragte in der Pflege

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Wundmanagement
2	Palliative Care
3	Diabetes <i>z. B. Diabetesberatung</i>
4	Qualitätsmanagement
5	Geriatric <i>z. B. Zercur</i>
6	Kinästhetik

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
7	Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
8	Breast Care Nurse

B-[7] Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Straße:	Rochusstr.
Hausnummer:	2
PLZ:	40479
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3751) Radiologie

B-[7].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Stefan Diederich, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2101
Fax:	0211 4400 2102
E-Mail:	radiologie@marien-hospital.de
Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
2	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
3	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
4	Computertomographie (CT), nativ
5	Quantitative Bestimmung von Parametern
6	Intraoperative Anwendung der Verfahren
7	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
8	Interventionelle Radiologie
9	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
10	Neuroradiologie
11	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
12	Teleradiologie
13	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
14	Phlebographie
15	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
16	Konventionelle Röntgenaufnahmen
17	Gelenkinfiltration bei Arthrose
18	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
19	Arteriographie
20	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
21	CT / MRT des Herzens
22	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes <i>Behandlung schmerzhafter Muskelknoten (Myome) der Gebärmutter durch Blockade der Blutgefäße des Myoms mittels kleinster Partikel.</i>

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	3013
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	1976
3	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	1908
4	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	1560
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	1465

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	1383
7	3-13d.5	Urographie: Retrograd	1114
8	3-206	Native Computertomographie des Beckens	824
9	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	820
10	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	591
11	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	536
12	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	502
13	3-202	Native Computertomographie des Thorax	416
14	3-13a	Kolonkontrastuntersuchung	355
15	3-137	Ösophagographie	270
16	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	262
17	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	250
18	3-13f	Zystographie	222
19	3-20x	Andere native Computertomographie	197
20	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	188
21	3-13d.6	Urographie: Perkutan	153
22	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	133
23	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	126
24	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	104
25	3-827	Magnetresonanztomographie der Mamma mit Kontrastmittel	82
26	3-138	Gastrographie	77
27	3-80x	Andere native Magnetresonanztomographie	76
28	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	76
29	3-201	Native Computertomographie des Halses	75
30	3-824.2	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel: Unter pharmakologischer Belastung	75

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	3013

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	1976
3	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	1908
4	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	1560
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	1465
6	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	1383
7	3-13d	Urographie	1274
8	3-206	Native Computertomographie des Beckens	824
9	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	820
10	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	591
11	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	536
12	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	502
13	3-202	Native Computertomographie des Thorax	416
14	3-13a	Kolonkontrastuntersuchung	355
15	3-137	Ösophagographie	270

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	RADIOLOGIE
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
2	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
3	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
4	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
5	D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE AMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

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

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

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	9,07	9,07	0,00	0,00	9,07	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,69	5,69	0,00	0,00	5,69	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-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Radiologie
2	Radiologie, SP Kinderradiologie
3	Innere Medizin

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[8] Klinik für Augenheilkunde

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Augenheilkunde
Straße:	Rochusstr.
Hausnummer:	2
PLZ:	40479
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2700) Augenheilkunde

B-[8].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Babac Mazinani, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2470
Fax:	0211 4400 2477
E-Mail:	augenheilkunde@marien-hospital.de
Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

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	Spezi­alsprech­stunde <i>Glaukom-, Netzhaut-, Hornhaut-, Katarakt-Sprechstunde.</i>
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
3	Ophthalmologische Rehabilitation
4	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
5	Laserchirurgie des Auges <i>Argon, Yag, Dioden</i>
6	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
7	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augen­an­hangs­gebilde
8	Plastische Chirurgie
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
11	Diagnostik und Therapie des Glaukoms <i>Inklusive Minimal Invasiver Glaukomchirurgie (MIGS)</i>
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn <i>In enger Zusammenarbeit mit der Neurologie.</i>
13	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen <i>In Zusammenarbeit mit der orthoptischen Abteilung.</i>
14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut <i>Vitreoretinale Chirurgie. Medizinische Retinologie. Intravitreale Injektionen.</i>
15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers <i>Hornhauttransplantation auch lamellär, Amnionmembrantransplantationen.</i>
17	Anpassung von Sehhilfen
18	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augen­an­hangs­gebilde <i>In Zusammenarbeit mit der Onkologie.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	1576
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	721
2	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	222
3	H35.3	Degeneration der Makula und des hinteren Poles	64
4	H26.8	Sonstige näher bezeichnete Kataraktformen	63
5	H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	44
6	H43.1	Glaskörperblutung	37
7	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	29
8	H26.9	Katarakt, nicht näher bezeichnet	29
9	H04.5	Stenose und Insuffizienz der Tränenwege	20
10	H11.0	Pterygium	20
11	H40.0	Glaukomverdacht	19
12	H40.2	Primäres Engwinkelglaukom	18
13	H16.0	Ulcus corneae	16
14	H25.9	Senile Katarakt, nicht näher bezeichnet	16
15	H27.1	Luxation der Linse	14
16	H18.5	Hereditäre Hornhautdystrophien	12
17	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	11
18	H02.4	Ptoxis des Augenlides	11
19	H25.8	Sonstige senile Kataraktformen	9
20	H33.3	Netzhautriss ohne Netzhautablösung	8
21	H33.5	Sonstige Netzhautablösungen	8
22	H44.1	Sonstige Endophthalmitis	8
23	H35.6	Netzhautblutung	8
24	H47.0	Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert	8
25	H33.2	Seröse Netzhautablösung	7
26	H34.8	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss	7
27	H26.2	Cataracta complicata	7

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	H34.2	Sonstiger Verschluss retinaler Arterien	6
29	B02.3	Zoster ophthalmicus	6
30	H46	Neuritis nervi optici	6

B-[8].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	H25	Cataracta senilis	749
2	H40	Glaukom	274
3	H26	Sonstige Kataraktformen	107
4	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	81
5	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	73
6	H43	Affektionen des Glaskörpers	38
7	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	29
8	H04	Affektionen des Tränenapparates	21
9	H11	Sonstige Affektionen der Konjunktiva	21
10	H27	Sonstige Affektionen der Linse	19
11	H18	Sonstige Affektionen der Hornhaut	18
12	H16	Keratitis	17
13	H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	16
14	H34	Netzhautgefäßverschluss	15
15	H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	13

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-144.5e	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	854
2	5-149.2x	Andere Operationen an der Linse: Sonderform der Intraokularlinse: Sonstige	851
3	1-220.0	Messung des Augeninnendruckes: Tages- und Nachtdruckmessung über 24 Stunden	311
4	8-020.0	Therapeutische Injektion: Auge	166
5	5-131.61	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Filtrationsoperation: Mit nicht nahtfixiertem Implantat, mit Abfluss in den Kammerwinkel	159

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	146
7	5-144.5d	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer Hinterkammerlinse, n.n.bez., monofokale Intraokularlinse	121
8	5-156.9	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	96
9	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	92
10	5-131.63	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Filtrationsoperation: Mit nicht nahtfixiertem Implantat, mit Abfluss unter die Bindehaut	81
11	5-154.0	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Kryopexie	72
12	5-154.2	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie	65
13	5-158.21	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Luft	61
14	5-158.12	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Andere Gase	49
15	5-132.20	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare: Zyklusphotokoagulation: Offen chirurgisch	42
16	5-158.11	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Luft	41
17	5-091.31	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Mit Beteiligung der Lidkante	40
18	5-133.7	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Aspiration am Trabekelwerk bei Pseudoexfoliationsglaukom	33
19	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	32
20	5-149.0	Andere Operationen an der Linse: Einführung eines Kapselspannrings	32
21	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	23
22	5-137.7	Andere Operationen an der Iris: Temporäre chirurgische Pupillenerweiterung	22
23	5-158.15	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölenentfernung	18
24	5-158.22	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Andere Gase	18
25	5-086.31	Rekonstruktion des Tränenkanals und Tränenpunktes: Rekonstruktion des Tränenkanals: Mit sonstiger Intubation	18
26	5-124	Naht der Kornea	17
27	5-155.4	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch flächige Laserkoagulation	17

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	5-158.13	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölimplantation	16
29	5-122.4	Operationen bei Pterygium: Exzision mit sonstiger Plastik oder freiem Transplantat	16
30	8-170.1	Therapeutische Spülung (Lavage) des Auges: Tränenwege	16

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	995
2	5-149	Andere Operationen an der Linse	884
3	1-220	Messung des Augeninnendruckes	311
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	298
5	5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	258
6	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	247
7	8-020	Therapeutische Injektion	166
8	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	149
9	5-156	Andere Operationen an der Retina	102
10	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	45
11	5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	41
12	5-086	Rekonstruktion des Tränenkanals und Tränenpunktes	20

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
2	D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE AMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
3	ERMÄCHTIGUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116 SGB V BZW. § 31A ABS. 1 ÄRZTE-ZV (BESONDERE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN ODER KENNTNISSE VON KRANKENHAUSÄRZTEN UND KRANKENHAUSÄRZTINNEN)
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
4	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	382
2	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	259
3	5-142	Kapsulotomie der Linse	106
4	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	101
5	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	93
6	5-097	Blepharoplastik	56
7	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	29
8	5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	14
9	5-095	Naht des Augenlides	10
10	5-139	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare	7

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	7,30	7,30	0,00	0,00	7,30	215,9
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,40	3,40	0,00	0,00	3,40	463,5

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-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Augenheilkunde

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[8].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,53	5,50	0,03	0,00	5,53	285,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,10	0,10	0,00	0,00	0,10	15760,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,08	1,08	0,00	1,00	0,08	19700,0

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

ANERKANNTEN FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Praxisanleitung
2	Pflege in der Onkologie
3	Notfallpflege
4	Hygienebeauftragte in der Pflege

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes <i>z. B. Diabetesberatung</i>
2	Geriatric <i>z. B. Zercur</i>
3	Kinästhetik
4	Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
5	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
6	Breast Care Nurse
7	Palliative Care

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

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

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 Neurologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Neurologie
Straße:	Rochusstr.
Hausnummer:	2
PLZ:	40479
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2800) Neurologie

B-[9].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Steinke, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2441
Fax:	0211 4400 2391
E-Mail:	neurologie@marien-hospital.de
Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

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	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels</p> <p><i>z.B. Myasthenie</i></p>
2	<p>Dopplersonographie hirnversorgender Arterien, Duplexsonographie hirnversorgender Arterien</p> <p><i>Extra- und transkranielle Dopplersonographie, Emboliedetektion und weitere spezielle Dopplertests. Extra- und transkranielle farbkodierte Duplexsonographien</i></p>
3	<p>Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes</p> <p><i>Elektrische Untersuchungen der Muskelfunktion (EMG)</i></p>
4	<p>Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems</p> <p><i>Umfassende Diagnostik und Therapie der Multiplen Sklerose</i></p>
5	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
6	<p>Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns</p> <p><i>Diagnose und Therapieeinleitung bösartiger Hirntumoren</i></p>
7	<p>Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen</p> <p><i>Multiple Sklerose, Nervenentzündungen, antikörper-assoziierte Enzephalitis</i></p>
8	<p>Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen</p> <p><i>Diagnostik und Therapie der sog. Multisystematrophie</i></p>
9	<p>Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden</p> <p><i>Behandlung von Patienten mit Epilepsie, Durchführung von EEGs mit Videodokumentation, Ableitung von 24 h-EEG</i></p>
10	<p>Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen</p> <p><i>Akutversorgung der verschiedenen Formen des Schlaganfalls (Hirnfarkt/Hirnblutung).</i></p>
11	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln</p> <p><i>Diagnostik und Therapie von Muskelkrankheiten einschließlich Untersuchung der Muskelfunktion und Durchführung von Gewebeproben (Muskelbiopsie)</i></p>
12	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute</p> <p><i>z.B. bakterielle oder virale Meningitis</i></p>
13	<p>Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems</p> <p><i>Diagnostik und Therapie von Demenzen z.B. Alzheimer Krankheit</i></p>
14	<p>Stroke Unit</p> <p><i>Multimodales Monitoring der Vitalfunktionen von Patienten mit Schlaganfall, Durchführung der intravenösen Thrombolyse.</i></p>
15	<p>Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen</p> <p><i>Diagnostik und Therapie verschiedener Formen der Hirnentzündung</i></p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

16	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns <i>z.B. Meningeome</i>
17	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus <i>Durchführung von Leistungsuntersuchungen des Nervensystems einschließlich Neurographie</i>
18	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
19	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen <i>Diagnose und Therapie seltener Erkrankungen der hirnversorgenden Arterien wie z.B. Dissektion oder Vaskulitis. Feststellung von Erkrankungen kleiner Blutgefäße des Gehirns (sog. Mikroangopathie)</i>
20	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems <i>z.B. Nervenentzündungen verschiedener Ursachen einschließlich einer Entnahme von Nervengewebe (Nervenbiopsie)</i>
21	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen <i>Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen und allgemeinen Hirndurchblutungsstörungen, Gangstörungen.</i>
22	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen <i>Behandlung der Parkinsonkrankheit</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	2596
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63.8	Sonstiger Hirninfarkt	259
2	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	188
3	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	186
4	G45.92	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	161
5	H81.2	Neuropathia vestibularis	88
6	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	48
7	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	44
8	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	42
9	G61.8	Sonstige Polyneuritiden	36

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	R55	Synkope und Kollaps	36
11	G45.82	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	35
12	G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet	34
13	G44.2	Spannungskopfschmerz	33
14	G45.93	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	31
15	G40.5	Spezielle epileptische Syndrome	27
16	I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	26
17	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	26
18	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	25
19	G93.2	Benigne intrakranielle Hypertension [Pseudotumor cerebri]	25
20	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	24
21	F45.8	Sonstige somatoforme Störungen	23
22	A87.9	Virusmeningitis, nicht näher bezeichnet	22
23	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	22
24	I67.3	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	21
25	R20.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sensibilitätsstörungen der Haut	21
26	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	20
27	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	19
28	R42	Schwindel und Taumel	18
29	G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose	18
30	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	18

B-[9].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63	Hirnfarkt	533
2	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	299
3	G40	Epilepsie	296
4	H81	Störungen der Vestibularfunktion	125
5	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	97
6	G62	Sonstige Polyneuropathien	60

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	G43	Migräne	60
8	I61	Intrazerebrale Blutung	44
9	G61	Polyneuritis	43
10	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	43

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	1849
2	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	649
3	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	591
4	8-981.0	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden	576
5	1-208.4	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch [MEP]	463
6	1-206	Neurographie	365
7	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	289
8	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	202
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	191
10	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	173
11	8-981.1	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden	160
12	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch [AEP]	131
13	1-20a.30	Andere neurophysiologische Untersuchungen: Neurophysiologische Diagnostik bei Schwindelsyndromen: Elektro- und/oder Video-Nystagmographie	117
14	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	97
15	1-205	Elektromyographie (EMG)	88
16	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	82
17	8-151.4	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges: Lumbalpunktion	65
18	1-208.9	Registrierung evozierter Potentiale: Vestibulär myogen [VEMP]	58
19	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	52
20	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	45
21	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	44

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	42
23	8-810.wa	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 85 g bis unter 105 g	30
24	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	22
25	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	20
26	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	18
27	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	11
28	9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	10
29	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	9
30	8-810.wb	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 105 g bis unter 125 g	9

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	1857
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	1590
3	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	736
4	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	591
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	566
6	1-206	Neurographie	365
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	202
8	1-20a	Andere neurophysiologische Untersuchungen	117
9	1-205	Elektromyographie (EMG)	88
10	8-020	Therapeutische Injektion	84

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz

2	ERMÄCHTIGUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116A SGB V BZW. § 31 ABS. 1A ÄRZTE-ZV (UNTERVERSORGUNG)
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
3	NEUROLOGISCHE NOTFALLAMBULANZ, STROKE UNIT
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VN00 - Diagnostik und Behandlung aller akut auftretenden neurologischen Erkrankungen
	<i>Diagnostik und Behandlung aller akut auftretenden neurologischen Erkrankungen.</i>
4	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	17,38	17,38	0,00	0,00	17,38	149,4
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,42	6,42	0,00	0,00	6,42	404,4

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-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Neurologie

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Geriatric
2	Physikalische Therapie und Balneologie
3	Intensivmedizin
	<i>Spezielle neurologische Intensivmedizin</i>

B-[9].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	27,84	27,04	0,80	0,00	27,84	93,2
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,30	0,00	0,30	0,00	0,30	8653,3
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	259600,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	3,10	3,10	0,00	0,00	3,10	837,4
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,63	1,62	0,01	0,00	1,63	1592,6

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Bachelor
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung
4	Intensiv- und Anästhesiepflege

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
5	Diplom

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Qualitätsmanagement
3	Palliative Care
4	Pflegeexperte Neurologie <i>z. B. Parkinson Nurse</i>
5	Basale Stimulation
6	Bobath
7	Diabetes <i>z. B. Diabetesberatung</i>
8	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
9	Stroke Unit Care

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 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Straße:	Rochusstr.
Hausnummer:	2
PLZ:	40479
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1600) Unfallchirurgie

B-[10].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herr Dr. med. Ulrich Dauer, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2071
Fax:	0211 4400 2070
E-Mail:	unfallchirurgie@marien-hospital.de
Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

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	Sportmedizin/Sporttraumatologie
2	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
3	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
4	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
5	Arthroskopische Operationen
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels <i>- Frakturen und Frakturfolgen,- Meniskusrisse,- komplexe Kapselbandschäden- Knorpelchirurgie- Kreuzbandersatzplastik.</i>
7	Metall-/Fremdkörperentfernungen
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes <i>Ellenbogenverrenkungen, Brüche im Bereich des Ellenbogens, Unterarmbrüche, handgelenksnahe Brüche, insbesondere bei Kindern.</i>
10	Septische Knochenchirurgie
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
14	Notfallmedizin
15	Schulterchirurgie
16	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes <i>Versorgung von sämtlichen Knochen- und Weichteilverletzungen des Sprunggelenkes und des Fußes (Sprunggelenksfrakturen, Fersenbeinfrakturen, Sprungbeinfrakturen, Frakturen der Fußwurzel- und Mittelfußknochen). Operationen bei degenerativen Erkrankungen des Fußes s. VO15.</i>
17	Bandrekonstruktionen/Plastiken <i>Rekonstruktionen von allen Bandverletzungen großer Gelenke, z.B. Sprunggelenk, Schulterreckgelenk, Ellenbogen, Hand (z.B. "Skidaumen"), Knie.</i>
18	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen <i>Entzündungen nach fehlgeschlagenen Knochenbruch-Operationen.</i>
19	Spezialsprechstunde <i>Konsiliarsprechstunde</i>
20	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels <i>Behandlung von hüftgelenksnahen Brüchen und Brüchen des Hüftgelenkes mit allen aktuellen Verfahrenstechniken, auch mit minimalinvasiven Operationsverfahren, Behandlung von Oberschenkelchaft-Frakturen und kniegelenksnahen Frakturen, auch bei metastatischen Veränderungen des Oberschenkelknochens.</i>
21	Fußchirurgie

B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 678

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06.0	Gehirnerschütterung	74
2	S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile	34
3	S72.03	Schenkelhalsfraktur: Subkapital	27
4	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	27
5	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	25
6	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	23
7	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	18
8	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	16
9	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	15
10	S82.82	Trimalleolarfraktur	14
11	S52.01	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon	14
12	S32.5	Fraktur des Os pubis	13
13	S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel	11
14	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	11
15	S52.11	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Kopf	11
16	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	10
17	S42.03	Fraktur der Klavikula: Laterales Drittel	9
18	S82.28	Fraktur des Tibiaschaftes: Sonstige	8
19	S82.81	Bimalleolarfraktur	8
20	S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen	7
21	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	7
22	S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	7
23	S82.0	Fraktur der Patella	7
24	S82.31	Distale Fraktur der Tibia: Mit Fraktur der Fibula (jeder Teil)	7
25	S42.49	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	6
26	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	6

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	6
28	S32.1	Fraktur des Os sacrum	5
29	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	5
30	S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	5

B-[10].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S72	Fraktur des Femurs	95
2	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	94
3	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	85
4	S52	Fraktur des Unterarmes	79
5	S06	Intrakranielle Verletzung	79
6	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	39
7	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	27
8	M75	Schulterläsionen	11
9	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	10
10	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	9

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	49
2	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	45
3	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	35
4	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	34
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	33
6	5-794.k1	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerus proximal	33
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	31

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	27
9	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	26
10	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	25
11	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	23
12	5-794.kr	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Fibula distal	21
13	5-794.0n	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia distal	16
14	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	16
15	5-896.1e	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie	15
16	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	14
17	5-793.kr	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Fibula distal	13
18	5-794.0r	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula distal	12
19	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	12
20	5-790.0e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Schenkelhals	12
21	5-796.k0	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Klavikula	11
22	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	10
23	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	10
24	5-892.1e	Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Drainage: Oberschenkel und Knie	10
25	5-850.b8	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Oberschenkel und Knie	9
26	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	9

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	5-850.d8	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Oberschenkel und Knie	9
28	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	9
29	5-819.10	Andere arthroskopische Operationen: Debridement einer Sehne: Humeroglenoidgelenk	9
30	5-793.1n	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia distal	9

B-[10].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	190
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	111
3	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	107
4	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	64
5	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	58
6	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	47
7	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	45
8	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	35
9	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnscheide	15
10	5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	13

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE AMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
	BG-Zulassung
2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	und Konsiliarsprechstunde

3	UNFALLCHIRURGISCHE AMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Hand- und Fußchirurgische Operationen
	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	VO15 - Fußchirurgie
	VO16 - Handchirurgie
	VO19 - Schulterchirurgie
	VC30 - Septische Knochenchirurgie
	<i>Entfernen von Platten oder Schrauben aus einem Knochen / Stabilisierung eines Knochenbruchs mittels Drahtfixation</i>

B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	69
2	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	7
3	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	7
4	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	5
5	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	5
6	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
7	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
8	5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	< 4
9	5-807	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke	< 4
10	5-841	Operationen an Bändern der Hand	< 4

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Ja

B-[10].11 Personelle Ausstattung

B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	3,00	3,00	0,00	0,00	3,00	226,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,00	3,00	0,00	0,00	3,00	226,0

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	Allgemeinchirurgie
2	Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Spezielle Unfallchirurgie

B-[10].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,82	5,75	0,07	0,00	5,82	116,5
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,15	0,00	0,15	0,00	0,15	4520,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,04	0,00	0,04	0,00	0,04	16950,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	67800,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,22	1,22	0,00	0,00	1,22	555,7
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	67800,0

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 einer Station / eines Bereiches
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Praxisanleitung
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Bachelor
6	Pflege in der Onkologie

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Schmerzmanagement
2	Diabetes z. B. Diabetesberatung
3	Wundmanagement
4	Geriatric z. B. Zercur

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
5	Kinästhetik
6	Palliative Care
7	Breast Care Nurse

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 Viszeral-, Minimalinvasive- und Onkologische Chirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Viszeral-, Minimalinvasive- und Onkologische Chirurgie
Straße:	Rochusstr.
Hausnummer:	2
PLZ:	40479
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[11].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herr Dr. med. Konstantinos Zarras, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2401
Fax:	0211 4400 2352
E-Mail:	chirurgie@marien-hospital.de
Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.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	<p>Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax</p> <p><i>Notfallmäßige offene und minimalinvasive Resektionen, Drainagen etc.</i></p>
2	<p>Minimalinvasive laparoskopische Operationen</p> <p><i>Gesamtes Spektrum der Tumorchirurgie des End- und Dickdarms, chirurgische Behandlung des Sodbrennens und des Zwerchfellbruchs, Erkrankungen der Gallenblase, entzündliche und chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Sigmadivertikulitis), spezielle Tumorchirurgie am Magen (Rendezvousverfahren).</i></p>
3	<p>Chirurgische Intensivmedizin</p> <p><i>Gemeinsame Therapie der chirurgischen Patienten mit der Anästhesiologie auf der interdisziplinären Intensivstation bis hin zur intensivmedizinischen Komplextherapie mit Organersatzverfahren.</i></p>
4	<p>Notfallmedizin</p> <p><i>Notfallversorgung von Notfallpatienten interdisziplinär mit der Unfallchirurgie, Inneren Medizin und Anästhesiologie.</i></p>
5	<p>Amputationschirurgie</p> <p><i>Amputation von Gliedmaßen aufgrund von Durchblutungsstörungen in allen Bereichen</i></p>
6	<p>Magen-Darm-Chirurgie II, MagenZentrum, RefluxZentrum. Die Klinik ist DGAV zertifiziertes Referenzzentrum f. Minimalinvasive Chirurgie und für Hernienchirurgie.</p> <p><i>Minimalinvasive Therapie von Stuhlinkontinenz und obstruktiven Defäkationssyndromen. Zertifiziertes DarmkrebsZentrum der Deutschen Krebsgesellschaft.</i></p>
7	<p>Portimplantation</p> <p><i>Regelhaft ambulante Operationen in Lokalanästhesie</i></p>
8	<p>Behandlung von Dekubitalgeschwüren</p> <p><i>Notfallmaßnahmen, Vakuumtherapie, angepasste plastische Deckungen.</i></p>
9	<p>Chirurgie im Interdisziplinären Onkologischen Zentrum. Die Klinik ist DGAV zertifiziertes Referenzzentrum f. Minimalinvasive Chirurgie und für Hernienchirurgie.</p> <p><i>Die Anwendung minimal-invasiver Operationstechniken ,einschließlich Roboter-assistierter Verfahren, bei bösartigen Erkrankungen des Dick- und Enddarms zur Verbesserung des Patientenkomforts ist Standard. Zertifiziertes DarmkrebsZentrum der Deutschen Krebsgesellschaft.</i></p>
10	<p>Operationen wegen Thoraxtrauma</p> <p><i>Notfallmäßige Operationen wegen Thoraxtrauma - offen und minimalinvasiv.</i></p>
11	<p>Aortenaneurysmachirurgie</p> <p><i>Im Notfall in Kooperation mit dem Augusta-Krankenhaus in Düsseldorf-Rath.Rekonstruktion der Gefäßstrombahn bei Durchblutungsstörungen im Bereich von Bauch, Becken und Beinen durch Beseitigung von Arterioskleroseherden oder Ersatz von Gefäßen in Kooperation mit dem Augusta-Krankenhaus, Düsseldorf.</i></p>
12	<p>Thorakoskopische Eingriffe</p> <p><i>Selektive Lungenchirurgie und Pneumothoraxchirurgie mit Einsatz der Thorakoskopie (VATS).</i></p>
13	<p>Chirurgie im Interdisziplinären Onkologischen Zentrum I</p> <p><i>Planung und Umsetzung interdisziplinärer chirurgisch-onkologischer Therapiekonzepte bei bösartigen Tumoren des Magen-Darm-Traktes. Der chirurgische Chefarzt ist zugleich Leiter des zertifizierten Darmkrebs-Zentrums am Marien Hospital.</i></p>
14	<p>Minimalinvasive endoskopische Operationen</p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

In Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin bei Tumoren des Magens oder Dick- und Enddarms individuell und befundabhängig.

15	Lungenchirurgie
	<i>Behandlung von Pneumothorax, Lungenempyem, Hämatothorax in der Regel minimalinvasiv (Video Assistierte Thorak Skopie = VATS).</i>
16	Tumorchirurgie
	<i>Planung und Umsetzung interdisziplinärer chirurgisch-onkologischer Therapiekonzepte bei bösartigen Tumoren des Magen-Darm-Trakts. Die Anwendung minimal-invasiver Operationstechniken, bevorzugt Roboter-assistierter Verfahren, bei bösartigen Erkrankungen des Dick- und Enddarms ist Standard.</i>
17	Spezialsprechstunde
	<i>Spezialsprechstunden für Koloproktologie, Darmkrebs, Magenkrebs, HIPEC, vor- und nachstationäre Sprechstunden, Indikationssprechstunde, Schilddrüsenprechstunde, Refluxsprechstunde, Venenchirurgie, Privatsprechstunde.</i>
18	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	<i>Chirurgische Behandlung von Absiedlungen bösartiger Tumore in der Leber oder primärer Leber- oder Gallenwegstumore durch Teilentfernung der Leber und Einsatz der Hochfrequenz-Thermoablation. Chirurgische Therapie gut- und bösartiger Bauchspeicheldrüsen- und Gallenwegserkrankungen.</i>
19	Speiseröhrenchirurgie
	<i>Sämtliche gutartige Erkrankungen. Selektive Therapie bei bösartigen Speiseröhrenerkrankungen. Minimalinvasive Behandlung des Sodbrennens und des Zwerchfellbruchs. Robotisch assistierte Operationen bei Sodbrennen und Zwerchfellbrüchen.</i>
20	Chirurgie der peripheren Nerven
	<i>Entnahme von Nervenbiopsien zur neurologischen Diagnostik.</i>
21	Diagnostik und Therapie von chronischen Wunden.
	<i>Angepasste Therapie in Zusammenarbeit mit dem Interdisziplinären Westdeutschen Diabetes- und Gesundheitszentrum Düsseldorf</i>
22	Behandlung von Leistenbrüchen, Bauchdeckenbrüchen und komplexen Bauchwanddefekten. Die Klinik ist DGAV zertifiziertes Referenzzentrum für Hernienchirurgie."
	<i>Moderne Hernien-Chirurgie ist eine zentrale Aufgabenstellung an der Klinik. Behandelt werden alle Formen von Hernien bis zur komplexen Wiederherstellung von Bauchwanddefekten unter Einsatz von Netzmaterialien.</i>
23	HIPEC
	<i>In ausgewählten Fällen nach Tumorboardempfehlung Durchführung von zytoreduktiver Chirurgie und anschließender Hyperthermer intraoperativer Chemoperfusion (HIPEC) in Zusammenarbeit mit der Klinik für Onkologie.</i>
24	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	<i>Multiviszerale interdisziplinäre Operationen. In Zusammenarbeit mit der Klinik für Onkologie. Planung und Umsetzung interdisziplinärer chirurgisch-onkologischer Therapiekonzepte bei speziellen Tumorerkrankungen in ausgewählten Fällen und nach Tumorboardempfehlung.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	1535
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	95
2	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	71
3	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	58
4	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	53
5	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	45
6	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	45
7	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	45
8	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	42
9	K59.8	Sonstige näher bezeichnete funktionelle Darmstörungen	34
10	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	33
11	K61.1	Rektalabszess	31
12	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	29
13	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	28
14	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	27
15	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	25
16	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	22
17	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	20
18	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	17
19	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	15
20	K43.5	Parastomale Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	14
21	A46	Erysipel [Wundrose]	14
22	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	14
23	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	14
24	K65.0	Akute Peritonitis	13
25	K61.0	Analabszess	13
26	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	13

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	K81.0	Akute Cholezystitis	13
28	K62.3	Rektumprolaps	12
29	K60.3	Analfistel	12
30	K35.32	Akute Appendizitis mit Peritonealabszess	12

B-[11].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K35	Akute Appendizitis	151
2	K57	Divertikulose des Darmes	115
3	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	97
4	K80	Cholelithiasis	78
5	K43	Hernia ventralis	77
6	K40	Hernia inguinalis	68
7	K44	Hernia diaphragmatica	65
8	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	60
9	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	54
10	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	51
11	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	47
12	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	45
13	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	41
14	C16	Bösartige Neubildung des Magens	23
15	K50	Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]	22

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	241
2	1-999.1	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Fluoreszenzgestützte diagnostische Verfahren	216
3	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	175
4	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	165
5	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	142

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	8-176.2	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage)	120
7	1-313	Ösophagusmanometrie	113
8	1-316.11	pH-Metrie des Ösophagus: Langzeit-pH-Metrie: Mit Langzeit-Impedanzmessung	112
9	5-541.3	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Second-look-Laparotomie (programmierte Relaparotomie)	97
10	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	86
11	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	81
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	79
13	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	69
14	5-541.4	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Anlegen eines temporären Bauchdeckenverschlusses	67
15	5-98c.0	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	61
16	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	60
17	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	59
18	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	54
19	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	54
20	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	52
21	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt	52
22	5-569.31	Andere Operationen am Ureter: Ureterolyse (ohne intraperitoneale Verlagerung): Laparoskopisch	50
23	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	49
24	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	48

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	48
26	5-448.22	Andere Rekonstruktion am Magen: Gastropexie: Laparoskopisch	47
27	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	44
28	3-058	Endosonographie des Rektums	43
29	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	42
30	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	42

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	218
2	5-469	Andere Operationen am Darm	217
3	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	208
4	5-470	Appendektomie	148
5	1-313	Ösophagusmanometrie	113
6	1-316	pH-Metrie des Ösophagus	112
7	5-916	Temporäre Weichteildeckung	100
8	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	86
9	5-987	Anwendung eines OP-Roboters	84
10	5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	80
11	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	68
12	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	55
13	5-538	Verschluss einer Hernia diaphragmatica	52
14	5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	49
15	5-454	Resektion des Dünndarmes	42

B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
3	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
4	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
5	RICHTLINIE ÜBER DIE AMBULANTE BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS NACH § 116B SGB V
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	LEISTUNGEN:
	LK29 - Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	208
2	1-513	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision	5
3	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 4
4	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
5	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
6	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
7	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
8	5-041	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven	< 4
9	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	< 4
10	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	11,19	11,19	0,00	0,00	11,19	137,2
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	6,19	6,19	0,00	0,00	6,19	248,0

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-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Notfallmedizin
2	Proktologie
3	Spezielle Viszeralchirurgie
4	Spezielle Unfallchirurgie

B-[11].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	12,60	11,87	0,73	0,00	12,60	121,8
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,18	0,00	0,18	0,00	0,18	8527,8

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	153500,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,07	0,07	0,00	0,00	0,07	21928,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,33	3,33	0,00	0,00	3,33	461,0

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Onkologie
3	Praxisanleitung
4	Notfallpflege
5	Hygienebeauftragte in der Pflege

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Geriatric
	<i>z. B. Zercur</i>
2	Kinästhetik
3	Schmerzmanagement
4	Palliative Care
5	Diabetes
	<i>z. B. Diabetesberatung</i>
6	Breast Care Nurse
7	Wundmanagement
	<i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>

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 Onkologie und Hämatologie, Palliativmedizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Onkologie und Hämatologie, Palliativmedizin
Straße:	Rochusstr.
Hausnummer:	2
PLZ:	40479
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0533) Hämatologie/internist. Onkol./Schwerp. Strahlenheilk.
2	(0500) Hämatologie und internistische Onkologie
3	(3752) Palliativmedizin

B-[12].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Aristoteles Giagounidis, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2501
Fax:	0211 4400 2210
E-Mail:	onkologie@marien-hospital.de
Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

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	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
2	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
3	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
4	Onkologische Tagesklinik
5	Schmerztherapie
6	Palliativmedizin
7	Physikalische Therapie
8	Stammzelltransplantation
9	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>Hierunter fallen: Hämatologische Erkrankungen, Magen-Darm-Karzinome, Karzinome der Prostata, Harnblase und der Hoden, Weichgewebsskarzinome, HNO-Tumore, Bronchialkarzinome.</i>
10	Interdisziplinäre Tumornachsorge
11	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
12	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
13	Lernmikroskop der Firma Nikon <i>Die Zytomorphologie gehört zus. mit der Zytochemie zur Standard-Diagnostik, bei Verdacht einer hämatologischen Neoplasie. Im Speziallabor werden panoptisch gefärbter peripherer Blut- und Knochenmark-Ausstriche sowie Pleura- und Aszitispräparate am Mikroskop differenziert und befundet.</i>
14	Immunphänotypisierung <i>Die Immunphänotypisierung dient zur Sicherung der Diagnose, Prognoseabschätzung und Therapien von hämatologischen Neoplasien. Es ist eine sehr sensitive Methode und ist bei der Klassifizierung der Leukämien und Lymphomen von zentraler Bedeutung.</i>
15	Thermo Brite der Firma Abbott Molekular <i>Bei dieser Methode wird die Feinstruktur der Chromosomen unter dem Fluoreszenzmikroskop an Interphasen-Kernen sichtbar gemacht und untersucht. Ziel ist es, fluorenszenzmarkierte DNA-Sonden, die nach der jeweiligen Fragestellung des Patienten ausgesucht wurden, an die DNA des Patienten zu binden.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	3597
Teilstationäre Fallzahl:	329

B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	207
2	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	185

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	173
4	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	150
5	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	131
6	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	121
7	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	115
8	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	111
9	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	95
10	C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	86
11	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	85
12	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	71
13	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	64
14	C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	64
15	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	59
16	C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	56
17	C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	55
18	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	54
19	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	52
20	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	49
21	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	48
22	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	47
23	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	47
24	C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	43
25	C25.9	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet	43
26	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	38
27	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	36
28	A49.9	Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet	35
29	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	35
30	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	34

B-[12].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	579
2	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	361
3	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	316
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	185
5	C16	Bösartige Neubildung des Magens	165
6	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	150
7	C83	Nicht follikuläres Lymphom	139
8	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	121
9	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	96
10	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	88
11	C92	Myeloische Leukämie	81
12	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	81
13	C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	73
14	C54	Bösartige Neubildung des Corpus uteri	71
15	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	71

B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-542.22	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	859
2	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	703
3	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	536
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	475
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	459
6	8-543.23	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 3 Medikamente	426
7	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	377
8	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	192
9	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	171
10	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	170

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	159
12	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	149
13	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	130
14	6-002.92	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bevacizumab, parenteral: 350 mg bis unter 450 mg	98
15	8-543.24	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 4 Medikamente	94
16	8-800.g0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat	87
17	6-009.38	Applikation von Medikamenten, Liste 9: Pembrolizumab, parenteral: 200 mg bis unter 240 mg	85
18	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	76
19	8-543.22	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	74
20	8-547.x	Andere Immuntherapie: Sonstige	73
21	8-542.21	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament	67
22	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	67
23	8-542.13	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	66
24	6-002.91	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bevacizumab, parenteral: 250 mg bis unter 350 mg	66
25	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	64
26	6-001.h6	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 750 mg bis unter 850 mg	61
27	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	58
28	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	57
29	8-542.51	Nicht komplexe Chemotherapie: 5 Tage: 1 Medikament	52
30	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	49

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	1794
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	1193
3	8-547	Andere Immuntherapie	833
4	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	803

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	726
6	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	578
7	6-001	Applikation von Medikamenten, Liste 1	365
8	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	174
9	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	170
10	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	164

B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ERMÄCHTIGUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116 SGB V BZW. § 31A ABS. 1 ÄRZTE-ZV (BESONDERE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN ODER KENNTNISSE VON KRANKENHAUSÄRZTEN UND KRANKENHAUSÄRZTINNEN)
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
2	ONKOLOGISCHE TAGESKLINIK
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	<i>Chemotherapien</i>
3	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
4	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
5	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	16,68	16,68	0,00	0,00	16,68	215,6
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	8,71	8,71	0,00	0,00	8,71	413,0

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	Strahlentherapie
2	Innere Medizin
3	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Palliativmedizin

B-[12].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	37,31	36,58	0,73	4,27	33,04	108,9
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,14	0,00	0,14	0,14	0,00	0,0
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,03	0,00	0,03	0,03	0,00	0,0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,06	0,00	0,06	0,06	0,00	0,0
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,05	0,03	0,02	0,00	0,05	71940,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,12	3,12	0,00	2,94	0,18	19983,3

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Onkologie
3	Diplom
4	Master
5	Hygienebeauftragte in der Pflege
6	Praxisanleitung
7	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
8	Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Geriatric
	<i>z. B. Zercur</i>
2	Qualitätsmanagement
3	Breast Care Nurse
4	Palliative Care
5	Kinästhetik

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

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	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Implantation (09/1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
2	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
3	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/ 1)	219	100
4	Geburtshilfe (16/1)	964	100
5	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	43	100
6	Mammachirurgie (18/ 1)	460	100,43
7	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	174	101,15
8	Hüftendoprothesenve (HEP)	33	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
9	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	33	100
10	Neonatologie (NEO)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
11	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	226	100

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

1	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	101800
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	≤ 3,43 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,86 % - 0,89 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt	
	Ergebnis-ID	101801
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,60 %
	Vertrauensbereich	0,97 % - 1,12 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

3	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben	
	Ergebnis-ID	101802
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	56,14 % - 56,85 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
4	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich	
	Ergebnis-ID	101803
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	93,37 % - 93,72 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

5 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation

Ergebnis-ID	2194
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	≤ 2,67 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

6 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,17 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,82 % - 1,09 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

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

7 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	≤ 4,42 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,06 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
8	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Ergebnis-ID	52139
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	88,63 % - 89,04 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
9	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	64,57 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,37 % - 95,52 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	7
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

10		Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52311	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 3,00 %	
Vertrauensbereich	1,56 % - 1,74 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich; Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert	
11		Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Ergebnis-ID	54140	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 90,00 %	
Vertrauensbereich	98,5 % - 98,68 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
12	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten	
Ergebnis-ID	54141	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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
	Vertrauensbereich	96,67 % - 96,93 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
13	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten	
	Ergebnis-ID	54142
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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
Vertrauensbereich	0,08 % - 0,13 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

14	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten	
	Ergebnis-ID	54143
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 10,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,59 % - 1,78 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>15</p>	<p>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>131801</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	≤ 2,76 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,83 % - 0,89 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt	
	Ergebnis-ID	131802
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,50 %
	Vertrauensbereich	0,77 % - 1,02 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

17 Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben	
Ergebnis-ID	131803
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	57,74 % - 59,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
18 Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen	
Ergebnis-ID	50005
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,35 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	50055
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	89,35 % - 90,15 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

20 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51186
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	≤ 4,71 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,8 % - 1,12 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird	
	Ergebnis-ID	52131
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 60,00 %
	Vertrauensbereich	91,33 % - 91,94 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

22	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten	
	Ergebnis-ID	52316
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,14 % - 96,41 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)	
	Ergebnis-ID	52325
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	0,78 % - 1,03 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

24	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
	Ergebnis-ID	10211
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 9,53 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 20,00 %
	Vertrauensbereich	7,45 % - 8,27 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	23
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

25	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen	
	Ergebnis-ID	12874
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 4,25 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 5,00 %
	Vertrauensbereich	0,85 % - 1,04 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	53
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

26	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen	
	Ergebnis-ID	51906
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 4,18
	Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
27 Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter_x005F_x000D_	
Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	3,31 % - 12,22 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,15 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,71 % - 2,91 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	124
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U33 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog/Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

28	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
	Ergebnis-ID	60683
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	10,15 % - 12,6 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
29	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
	Ergebnis-ID	60684
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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 % - 39,03 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	12,39 % - 14,43 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6

30	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
	Ergebnis-ID	60685
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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 % - 7,56 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich Sentinel Event

Vertrauensbereich 1 % - 1,19 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 47

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

31

Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID 60686

Leistungsbereich Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>12,68 % - 57,63 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 45,00 % (95. Perzentil)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>18,95 % - 20,25 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>4</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>13</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>32</p>	<p>Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>612</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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 84,87 % - 98,74 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1
 Referenzbereich $\geq 75,00$ % (5. Perzentil)
 Vertrauensbereich 88,06 % - 88,69 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 42
 Erwartete Ereignisse -
 Grundgesamtheit 44

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

33

Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Ergebnis-ID 1058
Leistungsbereich Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes QI
Bezug zum Verfahren QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>Sentinel Event</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,22 % - 0,44 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>-</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</p>	
<p>Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle</p>	<p>Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.</p>
<p>34</p>	<p>Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt. Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>181800</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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 % - 2,94 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1
 Referenzbereich $\leq 3,35$ (95. Perzentil)
 Vertrauensbereich 0,82 % - 0,96 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0
 Erwartete Ereignisse 1,3
 Grundgesamtheit 881

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

35 Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Ergebnis-ID 318
 Leistungsbereich Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
 Art des Wertes QI

	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,99 % - 97,4 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U33 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog/Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
36	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen)	
	Ergebnis-ID	321
	Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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 % - 0,42 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,22 % - 0,24 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	918
37	Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt. Dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein	
	Ergebnis-ID	330
	Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≥ 95,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>97,05 % - 97,76 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>-</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</p>	
<p>Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle</p>	<p>Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.</p>
<p>38</p>	<p>Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>50045</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH, QS-Planung</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Ja</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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 95,14 % - 99,88 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich $\geq 90,00\%$

Vertrauensbereich 99,05 % - 99,12 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 82

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 83

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

39

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwilling- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID 51397

Leistungsbereich Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt

Art des Wertes TKez

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umre
 Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grund
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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 % - 1,98 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Vertrauensbereich 0,96 % - 1,06 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 1,93

Grundgesamtheit 918

40

Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischem Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden)

Ergebnis-ID 51803

Leistungsbereich Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH, QS-Planung

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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 0,25 % - 1,35 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 2,32

Vertrauensbereich 1,03 % - 1,09 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 4

Erwartete Ereignisse 6,36

Grundgesamtheit 930

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ➞ unverändert

41	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurlutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillingss- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)	
Ergebnis-ID		51831
Leistungsbereich		Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		0 % - 53,82 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 4,69 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich		0,86 % - 1,07 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		0,06
Grundgesamtheit		18

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
42	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
Ergebnis-ID	52249
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,27 % - 0,41 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,24 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	82
Erwartete Ereignisse	244,85
Grundgesamtheit	950
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

43	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
----	--

Ergebnis-ID	54030
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knocheile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	3,68 % - 21,6 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS	
----------------	--

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Vertrauensbereich	12,48 % - 13,03 %

FALLZAHL	
----------	--

Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	43

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
44	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54033
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knocheile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,17 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %

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

45 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	54042
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 1,56 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,15 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,92 % - 0,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,26
Grundgesamtheit	43
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
46	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54046
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee
 Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grund
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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
Vertrauensbereich	0,93 % - 1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

47	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
	Ergebnis-ID	54050
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knocheile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	88,97 % - 100 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 90,00 %	
Vertrauensbereich	96,85 % - 97,15 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	31	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	31	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	
48	Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen	
	Ergebnis-ID	211800
	Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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 97,16 % - 99,78 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich $\geq 95,65$ % (5. Perzentil)

Vertrauensbereich 98,93 % - 99,09 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 251

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 253

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

49 Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezuvollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

Ergebnis-ID 2163

Leistungsbereich Operative Behandlung von Brustkrebs

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH, QS-Planung

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 5,73 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>Sentinel Event</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,06 % - 0,22 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>39</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>50</p>	<p>Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, wurden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten und bei denen die Brust nicht entfernt wurde, sondern brusterhaltend operiert wurde)</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>50719</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operative Behandlung von Brustkrebs</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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 % - 11,03 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1
 Referenzbereich ≤ 6,33 % (80. Perzentil)
 Vertrauensbereich 4,35 % - 5,48 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0
 Erwartete Ereignisse -
 Grundgesamtheit 31

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
 Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

51 Zwischen dem Zeitpunkt, wann der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Ergebnis-ID 51370
 Leistungsbereich Operative Behandlung von Brustkrebs
 Art des Wertes QI
 Bezug zum Verfahren QSKH
 Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 13,55 % (95. Perzentil)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>3,16 % - 3,46 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>52</p>	<p>Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>51846</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operative Behandlung von Brustkrebs</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>97,38 % - 99,8 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≥ 95,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>97,56 % - 97,78 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>272</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>274</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>53</p>	<p>Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen notwendig (in den Wächterlymphknoten können sich Krebszellen ansiedeln; wenn diese nachgewiesen werden, können sie für einen weiteren Befall der Achselhöhle sprechen)</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>51847</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Operative Behandlung von Brustkrebs</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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 93,97 % - 99,06 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich $\geq 90,00$ %

Vertrauensbereich 96,74 % - 97,11 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 162

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 166

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

54

Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet)

Ergebnis-ID 52268

Leistungsbereich Operative Behandlung von Brustkrebs

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	8,47 % - 16,49 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	12,71 % - 13,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	30
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	252

55 Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)

Ergebnis-ID	52279
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,73 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,68 % - 98,94 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	180
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	180
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

56	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)	
	Ergebnis-ID	52330
	Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	96,98 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	99,33 % - 99,54 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	75
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	75
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

57	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	52009
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0,29 % - 0,59 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,13 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	30
	Erwartete Ereignisse	72,24
	Grundgesamtheit	18129
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

58	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)	
	Ergebnis-ID	52010
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	0 % - 0,01 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

59	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)	
	Ergebnis-ID	521801
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,01 % - 0,06 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,05 % - 0,06 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	18129
60	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)	
	Ergebnis-ID	52326
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	0,09 % - 0,2 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,3 % - 0,31 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	18129

61	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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 % - 9,81 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,83 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,05 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	29

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
---------------------------------------	---

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
--	---------------

62	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)	
	Ergebnis-ID	191914
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 2,25 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1,02 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	1,53
	Grundgesamtheit	33
63	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
	Ergebnis-ID	54001
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
<p>BUNDESERGEBNIS</p>		
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>≥ 90,00 %</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>97,53 % - 97,67 %</p>	
<p>FALLZAHL</p>		
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>-</p>	
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>-</p>	
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>		
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>	
<p>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</p>		
<p>Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle</p>	<p>Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.</p>	
<p>64</p>	<p>Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht</p>	
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>54002</p>	
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks</p>	
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>	
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>	
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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 %
Vertrauensbereich	93,46 % - 94,13 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im 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.
--	--

65 Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	54003
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 15,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>12,35 % - 12,89 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>66</p>	<p>Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>54004</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>88,65 % - 100 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≥ 90,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>96,8 % - 96,96 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>30</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>30</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>67</p>	<p>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>54012</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	≤ 2,25 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,98 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

68	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder bei denen das künstliche Hüftgelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
Ergebnis-ID		54013
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		Sentinel Event
Vertrauensbereich		0,04 % - 0,06 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im 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.

69	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)	
	Ergebnis-ID	54015
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 1,18 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,07 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	2,91
	Grundgesamtheit	33

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
70	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54016
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,59 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,4 % - 1,51 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im 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.
71	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54017
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 17,60 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	5,99 % - 6,71 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im 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.

72	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)	
	Ergebnis-ID	54018
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 10,43 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 11,06 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	4,29 % - 4,63 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	33
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

73	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)	
Ergebnis-ID	54019	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 7,45 % (95. Perzentil)	
Vertrauensbereich	2,26 % - 2,4 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	-	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	-	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	
Qualitative Bewertung im 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.	

74	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)	
	Ergebnis-ID	54120
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,25 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,07 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im 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.
75	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50050
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,08 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

76	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50052
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,82 % - 1,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

77	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID		50053
Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Vertrauensbereich		0,9 % - 1,08 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-

78	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Infektion, die sie im Krankenhaus erworben haben (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID		50060
Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 2,70 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich		0,96 % - 1,06 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im 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.
79 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an beatmeten Kindern mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	50062
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,25 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,84 % - 0,95 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im 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.
80	Ein Hörtest wurde durchgeführt
Ergebnis-ID	50063
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,98 % - 98,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im 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.

81	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 C° festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Schwangerschaftswochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
	Ergebnis-ID	50069
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,70 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,86 % - 1,02 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im 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.
82	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Lebendgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 C° festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31+0 Schwangerschaftswochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50074
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,27 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,08 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im 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.
83	Lebendgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31+0 Schwangerschaftswochen)
Ergebnis-ID	51070
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,33 % - 0,41 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
84	Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
Ergebnis-ID	51076
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungs-qualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,93 % - 3,61 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
85	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
Ergebnis-ID	51078
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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
Vertrauensbereich	2,87 % - 3,75 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

86 Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurde

Ergebnis-ID	51079
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	5,15 % - 6,19 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

87 Sehr kleine Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden

Ergebnis-ID	51832
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umre</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	3,68 % - 4,43 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

88 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51837
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umre Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grund Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,11 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	-	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	-	
89	Schwerwiegende Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden	
Ergebnis-ID	51838	
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,49 % - 1,97 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

90

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	51843
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umre Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Vertrauensbereich	0,69 % - 0,91 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	-	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	-	
91	Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten	
	Ergebnis-ID	51901
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	≤ 2,08 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im 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.

92	Wachstum des Kopfes	
	Ergebnis-ID	52262
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 22,38 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	9,43 % - 10,38 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im 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.
93	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
	Ergebnis-ID	2005
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH

<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p> <p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Nein</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>90,95 % - 96,94 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≥ 95,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>98,54 % - 98,63 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>214</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>226</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>U33 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog/Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>94</p>	<p>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>2006</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>TKez</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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		90,67 % - 96,84 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Vertrauensbereich		98,59 % - 98,68 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		207
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		219
95	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Ergebnis-ID		2007
Leistungsbereich		Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>		
	<p>Vertrauensbereich</p>	<p>64,57 % - 100 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>		
	<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
	<p>Vertrauensbereich</p>	<p>96,92 % - 97,62 %</p>
<p>FALLZAHL</p>		
	<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>7</p>
	<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
	<p>Grundgesamtheit</p>	<p>7</p>
<p>96</p>	<p>Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)</p>	
	<p>Ergebnis-ID</p>	<p>2009</p>
	<p>Leistungsbereich</p>	<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde</p>
	<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
	<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
	<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>95,23 % - 99,26 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≥ 90,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>95,17 % - 95,35 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>207</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>211</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>97</p>	<p>Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>2013</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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 88,41 % - 96,87 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich $\geq 90,00\%$

Vertrauensbereich 94,11 % - 94,37 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 123

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 131

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr **R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

98

Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist

Ergebnis-ID 2028

Leistungsbereich Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>63,79 % - 77,57 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≥ 95,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>95,94 % - 96,13 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>116</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>163</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>99</p>	<p>Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>2036</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>TKez</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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	96,79 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	98,51 % - 98,63 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	116
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	116

100

Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	6,88 % - 14,81 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	12,76 % - 13,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	226

101	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
	Ergebnis-ID	50722
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	94,23 % - 98,76 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 95,00 %	
Vertrauensbereich	96,65 % - 96,79 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	216	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	222	

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
102	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,73 % - 1,8 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	14,68
Grundgesamtheit	217

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

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

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden:

- Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
- Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

	DMP
1	Diabetes mellitus Typ 1 <i>Angebot des MVZ Westdeutsches Diabetes- und Gesundheitszentrum</i>
2	Diabetes mellitus Typ 2 <i>Angebot des MVZ Westdeutsches Diabetes- und Gesundheitszentrum</i>

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 Routedaten)
Ergebnis:	Quartalsbericht Peer-Reviews
Messzeitraum:	Ganzjährig in Quartalsauswertungen
Datenerhebung:	Über & 21 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 www.qkk-online.de erhältlich.
Leistungsbereich:	Gesamtes Leistungsspektrum des Krankenhauses
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	KHZV - Qualitätsindikatoren aus Routinedaten
Ergebnis:	Quartalsberichte
Messzeitraum:	Ganzjährig in Quartalsauswertungen
Datenerhebung:	Über § 21 Datensatz
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	Einrichtungsspezifische Erwartungswerte im Vergleich mit Gesamterferenzwert
Vergleichswerte:	§ 21-Daten aus rund 200 Krankenhäusern
Quellenangabe:	Projekt QR-Check der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Bezeichnung:	Stammzelltransplantation
Erbrachte Menge:	26
Begründung:	MM05: Kein einschlägiger Ausnahmegrund

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Erbrachte Menge:	7
Begründung:	MM04: Entscheidung der Landesbehörde gemäß § 136b Absatz 5 SGB V wegen Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung
Erläuterungen:	Freigabe zur Abrechnung gemäß dem Schreiben vom 03.08.2020 der Landesverbände der Krankenkassen und Verband der Ersatzkassen in NRW - Landesteil Nordrhein.

C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

Bezeichnung:	Stammzelltransplantation
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	26
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	20
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein

Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	7
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	8
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

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

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	89
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	66
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	66

* 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).

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	INT 2
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	INT 2
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	3-B
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	3-B
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	58,33
Ausnahmetatbestände:	5

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	EG-A
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Unfallchirurgie
Station:	EG-A
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG