



# Strukturierter Qualitätsbericht

für das Berichtsjahr 2017 | Marien Hospital Düsseldorf  
gemäß §137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V



# INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort .....	1
Einleitung .....	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....	2
A-0 Fachabteilungen .....	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	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 .....	12
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	13
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	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 .....	28
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	29
B-[1] Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin .....	29
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	29
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	29
B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	29
B-[1].1.3 Weitere Zugänge .....	29
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	29
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	30
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	30

B-[1].11 Personelle Ausstattung .....	30
B-[1].11.1Ärzte und Ärztinnen .....	30
B-[1].11.2Pflegepersonal .....	31
B-[1].11.3Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	32
B-[2] Klinik für Innere Medizin und konservative Intensivmedizin .....	34
B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	34
B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	34
B-[2].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	34
B-[2].1.3 Weitere Zugänge .....	34
B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	34
B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	34
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	37
B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	37
B-[2].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	38
B-[2].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	38
B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	40
B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	41
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	41
B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	42
B-[2].11 Personelle Ausstattung .....	43
B-[2].11.1Ärzte und Ärztinnen .....	43
B-[2].11.2Pflegepersonal .....	44
B-[2].11.3Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	45
B-[3] Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie .....	46
B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	46
B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	46

B-[3].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	46
B-[3].1.3	Weitere Zugänge .....	46
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	46
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	46
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	47
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	49
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	49
B-[3].11	Personelle Ausstattung .....	49
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	50
B-[3].11.2	Pflegepersonal .....	50
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	51
B-[4]	Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe .....	52
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	52
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	52
B-[4].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin .....	52
B-[4].1.3	Weitere Zugänge .....	52
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	52
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	52
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	54
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	54
B-[4].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	55
B-[4].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	55
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	57
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	58
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	59
B-[4].11	Personelle Ausstattung .....	59
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	59

B-[4].11.2	Pflegepersonal .....	60
B-[4].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	61
B-[5]	Klinik für Urologie, Uro-Onkologie und Kinderurologie .....	62
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	62
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	62
B-[5].1.2	Name des Chefarztes oder der Cheförztn .....	62
B-[5].1.3	Weitere Zugänge .....	62
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	62
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	62
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	63
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	64
B-[5].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	65
B-[5].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	65
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	66
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	68
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	68
B-[5].11	Personelle Ausstattung .....	69
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	69
B-[5].11.2	Pflegepersonal .....	69
B-[5].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	71
B-[6]	Klinik für Senologie und Brustchirurgie .....	72
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	72
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	72
B-[6].1.2	Name des Chefarztes oder der Cheförztn .....	72
B-[6].1.3	Weitere Zugänge .....	72
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	72

B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	73
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	74
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	74
B-[6].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	75
B-[6].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	75
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	77
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	79
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	79
B-[6].11	Personelle Ausstattung .....	80
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	80
B-[6].11.2	Pflegepersonal .....	81
B-[6].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	82
B-[7]	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie .....	83
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	83
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	83
B-[7].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	83
B-[7].1.3	Weitere Zugänge .....	83
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	83
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	83
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	84
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	86
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	86
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	86
B-[7].11	Personelle Ausstattung .....	87
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	87
B-[7].11.2	Pflegepersonal .....	87

B-[7].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	88
B-[8]	Klinik für Augenheilkunde .....	89
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	89
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	89
B-[8].1.2	Name des Chefarztes oder der Cheförztn .....	89
B-[8].1.3	Weitere Zugänge .....	89
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	89
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	89
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	90
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	91
B-[8].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	92
B-[8].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	92
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 .....	96
B-[8].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	97
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 oder der Cheförztn .....	99
B-[9].1.3	Weitere Zugänge .....	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	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	102
B-[9].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	103
B-[9].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	104
B-[9].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	105
B-[9].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	106
B-[9].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	106
B-[9].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	106
B-[9].11	Personelle Ausstattung .....	106
B-[9].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	106
B-[9].11.2	Pflegepersonal .....	107
B-[9].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	109
B-[10]	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie .....	110
B-[10].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	110
B-[10].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	110
B-[10].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	110
B-[10].1.3	Weitere Zugänge .....	110
B-[10].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	110
B-[10].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	110
B-[10].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	111
B-[10].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	112
B-[10].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	113
B-[10].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	113
B-[10].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	114

B-[10].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	116
B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	117
B-[10].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	117
B-[10].11 Personelle Ausstattung .....	117
B-[10].11.1.Ärzte und Ärztinnen .....	117
B-[10].11.11.Pflegepersonal .....	118
B-[10].11.11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	120
B-[11] Klinik für Viszeral-, Minimalinvasive- und Onkologische Chirurgie .....	121
B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	121
B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	121
B-[11].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	121
B-[11].1.3 Weitere Zugänge .....	121
B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	121
B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	121
B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	123
B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD .....	124
B-[11].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	125
B-[11].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	125
B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	127
B-[11].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	128
B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	129
B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	129
B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	129
B-[11].11 Personelle Ausstattung .....	130
B-[11].11.1.Ärzte und Ärztinnen .....	130
B-[11].11.11.Pflegepersonal .....	130

B-[11].11.	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	132
B-[12]	Klinik für Onkologie und Hämatologie, Palliativmedizin .....	133
B-[12].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	133
B-[12].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	133
B-[12].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	133
B-[12].1.3	Weitere Zugänge .....	133
B-[12].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	133
B-[12].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	133
B-[12].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	134
B-[12].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	134
B-[12].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	135
B-[12].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	136
B-[12].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	137
B-[12].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	138
B-[12].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	139
B-[12].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	139
B-[12].11	Personelle Ausstattung .....	139
B-[12].11.	Ärzte und Ärztinnen .....	140
B-[12].11.	Pflegepersonal .....	140
B-[12].11.	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	141
C	Qualitätssicherung .....	142
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	142
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	209
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	209
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	209

C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	210
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.210 2 SGB V .....	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 210 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	

## 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 Hospitals 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"
- SchlaganfallZentrum (Stroke Unit) der Klinik für Neurologie
- Die nach WHO-UNESCO-Kriterien als "Babyfreundlich" ) zertifizierte Geburtshilfe
- Das Kontinenz- und BeckenbodenZentrum

### Weitere Fachabteilungen führen folgende Zertifikate:

- KompetenzZentrum Hernienchirurgie
- KompetenzZentrum Minimalinvasive Chirurgie
- TraumaZentrum
- IVOM-Augenheilkunde
- BrustZentrum nach dem NRW-Verfahren

Im Jahr 2017 wurden in den 12 Fachabteilungen 50.195 Patienten ambulant und stationär behandelt. Alle geplant aufzunehmenden Patienten werden auf multiresistente Erreger getestet. Das Marien Hospital Düsseldorf ist Mitglied im "Aktionsbündnis Patientensicherheit".

Die Patienten bewerteten das Marien Hospital Düsseldorf 2017 in Befragungen:

- Gleichbleibend gute ärztliche (88,2 %) und pflegerische (86,4 %) Versorgung und Betreuung
- Gleichbleibend gut in Organisation und Abläufen (77,0 %)
- Gleichbleibend im Servicebereich (71,4 %)

83,4 Prozent der Patienten würden das Marien Hospital Düsseldorf weiterempfehlen.

## Einleitung

### Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Frau Rosemarie Gunkel, Qualitätsmanagement
Telefon:	0211 958 2262
Fax:	0211 958 2704

E-Mail:	rosemarie.gunkel@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 Homepage des Krankenhauses:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	<a href="http://www.vkkd-kliniken.de">http://www.vkkd-kliniken.de</a>

### Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	<a href="http://www.3m-drg.de">www.3m-drg.de</a>	3M Qualitätsbericht Version 2018.1.0 (Release 18.06.2018)

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

### A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	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:	0
Krankenhaus-URL:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

### A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Theodor Königshausen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0211 4400 2333
Fax:	0211 4400 2610
E-Mail:	koenigshausen@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

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

### 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>sowie Lymphödemprophylaxe durch Anpassen eines Armkompressionsstrumpfes bei medizinischer Indikation.</i></p>
4	<p>Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare</p> <p><i>Das Marien Hospital Düsseldorf bietet pflegenden Angehörigen und Freunden frühzeitig, d.h. schon während des Krankenhausaufenthaltes, Beratung und praktische Hilfe in Form von Pflegetrainings an. Diese Pflegetrainings qualifizieren sie für den Umgang mit dem Patienten in häuslicher Umgebung.</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>
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>Säuglingspflegekurse</p>
15	<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. <a href="https://www.marien-hospital.de/leistungsangebote/kliniken/gynaekologie-und-geburtshilfe/">https://www.marien-hospital.de/leistungsangebote/kliniken/gynaekologie-und-geburtshilfe/</a></i></p>
16	<p>Basale Stimulation</p> <p><i>Wir unterstützen Sie bei schweren körperlichen Beeinträchtigungen durch basale Stimulation mit körperbezogenen Interaktionen in ihrer Wahrnehmung-, Kommunikations- und Bewegungsfähigkeit.</i></p>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
17	Akupunktur <i>Z. B. ab der 36. Schwangerschaftswoche, Geburtsvorbereitung und als Schmerztherapie.</i>
18	Kinästhetik <i>Begleitet Sie in der Wahrnehmung der eigenen Bewegung als zentralen Weg zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung.</i>
19	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>Sie können jederzeit über die Station Kontakt zu unseren hauseigenen Psychologen aufnehmen.</i>
20	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
21	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Wir bieten Ihnen Training und Schulungen zur familialen Pflege an.</i>
22	Sehschule/Orthoptik <i><a href="https://www.marien-hospital.de/behandlungsangebote/kliniken/augenheilkunde/behandlungsangebote/sehschule-neuroophthalmologie/">https://www.marien-hospital.de/behandlungsangebote/kliniken/augenheilkunde/behandlungsangebote/sehschule-neuroophthalmologie/</a></i>
23	Stillberatung <i>Stillgruppe und Stillambulanz am Marien Hospital Düsseldorf. Bitte informieren Sie sich auf unserer Internetseite. <a href="http://www.marienhospital.de">http://www.marienhospital.de</a></i>
24	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen <i>Tragetuchkurse, Akkupunktur für Schwangere, Geburtsvorbereitungskurse, Stillcafe, Stillfreundliches Krankenhaus</i>
25	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>Onkologische Fachpflege. Spezielle onkologische Pflegesprechstunden. Neurologische Fachpflege. Intensivmedizinische Fachpflege.</i>
26	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
27	Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>Rückenschule im Rahmen der Physikalische Therapie.</i>
28	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>
29	Massage <i>Im Rahmen der Physiotherapie bieten wir klassische Massagen an. Speziell z. B. Bindegewebsmassage, Colonmassage, Lymphdrainage</i>
30	Physikalische Therapie/Bädertherapie
31	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i><a href="https://www.marien-hospital.de">https://www.marien-hospital.de</a> Tel. 0211 2247.</i>
32	Medizinische Fußpflege <i>Der Kontakt wird bei Bedarf hergestellt.</i>
33	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Um eine Entlassung nach Hause optimal vorzubereiten, kooperieren wir mit anderen nachsorgenden Institutionen. Der Sozialdienst hilft ihnen gerne, wenn Sie entlassen werden sollen und die häusliche Situation noch nicht geklärt ist.</i>
34	<p>Wärme- und Kälteanwendungen</p> <p><i>Thermobehandlungen werden in der physikalischen Therapie durchgeführt.</i></p>
35	<p>Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen</p> <p><i>Darmkrebszentrum - Deutsche ILCO e.V., Selbsthilfe nach Krebs und für Gefährdete e. V., Brustzentrum - ZEBRA, Urologie - Prostata Selbsthilfegruppe, DP-Parkinson.</i></p>
36	<p>Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege</p> <p><i>Z.B. • Altenzentren des Caritasverbandes • DRK Heime • Diakonie • Altenheim am Südring • Johannes Hoever Haus, • Genius, häusliche Krankenpflege • Die 4, ambulanter Pflegedienst • Profipflege Düsseldorf/Helmtraud Heinig • Pflegedienst aktiv • Cordis Pflegedienst</i></p>
37	<p>Sozialdienst</p> <p><i>Rehabilitation, Tel. 02114400-6855, Allgemeiner Sozialdienst 0211 4400-6237 oder - 6209, Pflegeüberleitung 0211 44006854.</i></p>
38	<p>Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit</p> <p><i>Bitte informieren Sie sich in der Tagespresse und unter: <a href="https://www.marien-hospital.de/aktuelles/">https://www.marien-hospital.de/aktuelles/</a></i></p>

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

	LEISTUNGSANGEBOT
1	<p>Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen</p> <p><i>Deutsche ILCO, Selbsthilfe nach Krebs und für Gefährdete e. V. , "zebra" Zentrum für Brustgesundheit und Brustkrebsangelegenheiten und andere.</i></p>
2	<p>Hotelleistungen</p> <p><i>Begleitpersonen können Zimmer anmieten. Wir bieten Ihnen in netter Atmosphäre eine preiswerte Alternative. Eine Reservierung ist unbedingt erforderlich Telefon: 0211/4400-6014</i></p>
3	<p>Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer</p> <p><i>Teilweise verfügbar. Bewahren Sie Brille, Kontaktlinsen, Zahnprothese und Hörgerät sachgemäß auf, damit sie beim Aufräumen der Zimmer nicht beschädigt werden oder verloren gehen. Achtung: Lassen Sie Wertgegenstände, größere Geldbeträge, wichtige Dokumente, wertvolle Kleidung und Schmuck zu Hause!</i></p>
4	<p>Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)</p> <p><i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten:                      Art der besonderen Ernährungsgewohnheit (z.B. vegane Küche)</i></p> <p><i>z.B. jüdische/ muslimische Ernährung, vegetarische/ vegane Küche</i></p>
5	<p>Andachtsraum</p> <p><i>Unsere Kapelle ist täglich geöffnet. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetsseite.</i></p>
6	<p>Mutter-Kind-Zimmer</p> <p><i>Familienzimmer sind vorhanden.</i></p> <p><a href="https://www.marien-hospital.de/fileadmin/user_upload/mediathek/pdf/pdf_mhd/MHD_GYN_Geburt_Fuersoge_Broschuere_AKTUE.pdf">https://www.marien-hospital.de/fileadmin/user_upload/mediathek/pdf/pdf_mhd/MHD_GYN_Geburt_Fuersoge_Broschuere_AKTUE.pdf</a></p>
7	<p>Rooming-in</p> <p><i>Das Marien Hospital hat sich der Initiative "Babyfreundliches Krankenhaus" (<a href="http://www.babyfreundlich.org">www.babyfreundlich.org</a>) angeschlossen und ist seit 2009 nach den internationalen Richtlinien von WHO/UNICEF als "Babyfreundliches Krankenhaus" ausgezeichnet.</i></p>
8	<p>Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen</p>

## LEISTUNGSANGEBOT

*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.*

9	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 2,5 €</i>
	<i>nicht auf allen Stationen vorhanden!</i>
10	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
	<i>Es entstehen lediglich die Kosten für die Kopfhörer (2,60 €)</i>
11	Rundfunkempfang am Bett
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
	<i>Über Rundfunk (Kanal 2) werden die Gottesdienste am Wochenende ins Krankenzimmer übertragen.</i>
12	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
	<i>Bitte beachten Sie die Hinweise in der Presse oder auf unserer Internetseite.</i>
	<a href="https://www.marien-hospital.de/aktuelles/">https://www.marien-hospital.de/aktuelles/</a>
13	Seelsorge
	<i>Gottesdienste und Andachten in der Kapelle.</i>
14	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
	<i>Vorhanden.</i>
15	Ein-Bett-Zimmer
	<i>Vorhanden.</i>
16	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
	<i>Eine Unterbringung von Begleitpersonen ist generell möglich. Eine Reservierung ist notwendig. Telefon: 0211/4400-6014</i>
17	Zwei-Bett-Zimmer
	<i>Vorhanden.</i>
18	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
	<i>Vorhanden.</i>
19	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen
	<i>Max. Kosten pro Stunde: 1,5 €</i>
	<i>Max. Kosten pro Tag: 15 €</i>

	LEISTUNGSANGEBOT
	<i>Es sind begrenzte gebührenpflichtige Parkplätze vor dem Marien Hospital vorhanden . Das nahe gelegene Parkhaus bietet Ausweichmöglichkeiten.</i>

20 Telefon am Bett

*Kosten pro Tag: 1 €*

*Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15 €*

*Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €*

*gebührenpflichtig!*

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung
2	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
3	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
4	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
5	Arbeit mit Piktogrammen
6	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
7	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
8	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
9	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE
10	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
11	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
12	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
13	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
14	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
15	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
16	Diätetische Angebote
17	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>türkisch, arabisch, kroatisch, englisch, französisch, russisch.</i>
18	Besondere personelle Unterstützung

*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.*

## 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
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. Dr. Lüthen: "Pancreatology", 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	Dozenten/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 / Dozenten / 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 im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 461

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	18967
Teilstationäre Fallzahl:	424
Ambulante Fallzahl:	30804

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	127,66	127,66	0,00	0,00	127,66
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	58,09	58,09	0,00	0,00	58,09
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00

**Abkürzungen:**

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

### A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,50

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	211,19 33,42	206,69 32,32	4,50 1,10	6,81 6,81	204,38 26,61
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,30 0,00	3,30 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	3,30 0,00
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,42 0,00	0,42 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	0,42 0,00
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	1,30 0,00	1,30 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	1,30 0,00
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	3,01 0,00	2,51 0,00	0,50 0,00	0,00 0,00	3,01 0,00
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	3,45 3,50	3,45 3,50	0,00 0,00	0,15 0,15	3,30 3,35
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,87 0,00	10,87 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	10,87 0,00

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,86 7,83	2,86 7,83	0,00 0,00	0,00 0,00	2,86 7,83
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	16,38 4,31	16,38 4,31	0,00 0,00	1,63 1,63	14,75 2,68

**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.
Diätassistent und Diätassistentin	1,50	1,50	0,00	0,00	1,50
Entspannungspädagoge und Entspannungspädagogin/Entspannungsther: und Entspannungstherapeutin/Entspannungstrai: und Entspannungstrainerin (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielhrer und Heileurhythmielhrerin/Feldenkraislehrer und Feldenkraislehrerin	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	1,44	1,44	0,00	0,00	1,44
Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch- technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	2,05	2,05	0,00	0,00	2,05
Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	13,56	13,56	0,00	0,00	13,56
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	7,50	7,50	0,00	0,00	7,50
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	1,38	1,38	0,00	0,00	1,38
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	1,51	1,51	0,00	0,00	1,51
Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	1,51	1,51	0,00	0,00	1,51

Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	4,76	4,76	0,00	0,00	4,76
Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	4,53	4,53	0,00	0,00	4,53

**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
--	---

#### 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: 03.08.2017</i></p>
2	<p>Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: F-Fixierungsanordnung                      Letzte Aktualisierung: 01.03.2016</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>Standards zur sicheren Medikamentenvergabe</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Arzneimittelgabe                      Letzte Aktualisierung: 10.08.2009</i></p>
7	<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>
8	<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>
9	<p>Klinisches Notfallmanagement</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Herzalarm                      Letzte Aktualisierung: 04.07.2017</i></p>
10	<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: 31.12.2016</i></p>
11	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
12	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
13	<p>Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: S-P-Aufwachraum                      Letzte Aktualisierung: 10.02.2011</i></p>
14	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Team-Time-Out, S-OP-Markierungen                      Letzte Aktualisierung: 01.01.2016</i>
15	Entlassungsmanagement  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Entlassungsmanagement                      Letzte Aktualisierung: 01.04.2005</i>
16	Sturzprophylaxe  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: S-Sturzprophylaxe                      Letzte Aktualisierung: 08.01.2010</i>
17	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: MPG Verordnung                      Letzte Aktualisierung: 31.12.2016</i>
18	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 type="checkbox"/>	Andere

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren 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 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 (Ärztikammern 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
Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen	2
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	9
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	16

### 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. Theodor Königshausen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0211 4400 2333
Fax:	0211 4400 2610
E-Mail:	koenigshausen@vkkd-kliniken.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

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

##### Der Standard thematisiert insbesondere:

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

##### Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

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

Auswahl:  Ja

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

Auswahl:  Ja

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

Auswahl:  Ja

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

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

**Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:**

Auswahl:  Ja

**Der Standard thematisiert insbesondere:**

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

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

Auswahl:  Ja

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

Auswahl:  Ja

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

Auswahl:  Ja

**Der interne Standard thematisiert insbesondere:**

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

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

Auswahl:  Ja

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	28
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	139

### Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

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

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

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

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

	OPTION	AUSWAHL
1	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja

	OPTION	AUSWAHL
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 Bronze</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 <i>VARIA-KISS(siehe unten)</i>

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

<input checked="" type="checkbox"/>	CDAD-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	ITS-KISS
<input type="checkbox"/>	AMBU-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	MRSA-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	OP-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	HAND-KISS
<input type="checkbox"/>	NEO-KISS
<input type="checkbox"/>	ONKO-KISS
<input 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-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse	
2	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
	<i>Zusätzlich ein CT in der Klinik für Strahlentherapie</i>		
3	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
4	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	
	<i>Stoßwellen-Steinzerstörung</i>		
5	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
	<i>Videodokumentation während der EEG-Ableitung - mobiles 24 h- Langzeit-EEG Untersuchung der Nervenheilgeschwindigkeit</i>		
6	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
	<i>Geräte zur Blutreinigung.</i>		
7	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung. Zusätzlich eine Fluoreszenz Angiographie in der Augenheilkunde	Nein
	<i>Zusätzlich eine Fluoreszenzangiographie in der Augenheilkunde</i>		
8	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>		
9	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
10	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	
11	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, Nystagmographie, Ganganalyse.</i>		
12	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
13	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	

## 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:	<a href="https://www.marien-hospital.de">https://www.marien-hospital.de</a>

#### B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Herrn Prof. Dr. med. Ulrich Hörnchen, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2411
Fax:	0211 4400 2521
E-Mail:	<a href="mailto:anaesthesie@marien-hospital.de">anaesthesie@marien-hospital.de</a>

#### B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	<a href="https://www.marien-hospital.de">https://www.marien-hospital.de</a>

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG 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	<p>NOTFALLAMBULANZ (24H)</p> <p>Notfallambulanz (24h)</p>
2	<p>RICHTLINIE ÜBER DIE AMBULANTE BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS NACH § 116B SGB V</p> <p>Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V</p> <p>LEISTUNGEN:</p> <p>LK01 - CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen</p>

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

## B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	14,04	14,04	0,00	0,00	14,04	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,88	6,88	0,00	0,00	6,88	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
3	Allgemeinmedizin

### B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Notfallmedizin
3	Spezielle Schmerztherapie
4	Akupunktur
5	Intensivmedizin

## B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,50

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	23,01	21,60	1,41	0,00	23,01	0,0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,21	0,11	0,10	0,11	0,10	0,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,57	0,57	0,00	0,00	0,57	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	Operationsdienst
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Diplom
4	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
5	Bachelor
6	Hygienefachkraft
7	Hygienebeauftragte in der Pflege
8	Praxisanleitung
9	Pflege in der Onkologie

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Wundmanagement
3	Bobath
4	Qualitätsmanagement
5	Schmerzmanagement
6	Kontinenzmanagement

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

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

**Abkürzungen:**

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

## B-[2] Klinik für 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:	<a href="http://www.marien-hospital.de.de">http://www.marien-hospital.de.de</a>

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

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0100) Innere Medizin

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

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Reinhard Lüthen, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2430
Fax:	0211 4400 2591
E-Mail:	inneremedizin@marien-hospital.de

#### B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.marien-hospital.de.de">http://www.marien-hospital.de.de</a>

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG 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.</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 8 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 Rippenfellerkrankungen 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	<p>Sonographische Untersuchungen</p> <p><i>33042, 33073, 33075, EBM bei Verdacht auf eine portale Hypertension; Leberfibrosegrad (Fibrosenscan);33042 bei Verdacht auf eine Leber- und Gallenerkrankung.</i></p>
17	<p>Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten</p> <p><i>Im Anschluss an die klinische, laborchemische, mikroskopische oder bildgebende Diagnosstellung können die meisten dieser Erkrankungen hier medikamentös behandelt werden.</i></p>
18	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge</p> <p><i>Das gesamte Krankheitsspektrum von Asthma, obstruktiver Bronchitis bis Lungenentzündung wird behandelt.</i></p>
19	<p>Chronisch entzündliche Darmerkrankungen</p> <p><i>Alle Erkrankungsformen können hier diagnostiziert und behandelt werden.</i></p>
20	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten</p> <p><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></p>
21	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)</p> <p><i>Alle Erkrankungsformen können hier diagnostiziert und behandelt werden.</i></p>
22	<p>Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen</p> <p><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></p>
23	<p>Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs</p> <p><i>Spiegelung des Enddarms mit Behandlungsmöglichkeit von Hämorrhoiden, Fissuren etc.</i></p>
24	<p>Perkutane endoskopische Gastrotomie</p> <p><i>Anlage, Revision, Entfernung nach den Nr. 13412 EBM Mitwirkung im hiesigen Darmzentrum und Onkologischen Zentrum/Tumorboard; Schwerpunkt Endoskopie im VKKD</i></p>
25	<p>Minimalinvasive endoskopische Operationen</p> <p><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></p>
26	<p>Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes</p> <p><i>Die verschiedenen Formen der pulmonalen Hypertonie können festgestellt und erstbehandelt werden. Ebenso diagnostizieren und behandeln wir akute und chronische Rechtsherzschwäche.</i></p>
27	<p>Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)</p> <p><i>Schwere Verlaufsformen des Bluthochdrucks werden hier festgestellt und behandelt.</i></p>
28	<p>Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</p> <p><i>z. B. Diabetes, Schilddrüse</i></p>
29	<p>Spezialprechstunde</p> <p><i>Klinisch, radiologisch und sonographisch diagnostizieren wir hier alle Herzerkrankungen und leiten die Behandlung ein.</i></p>
30	<p>Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen</p>

## MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

*In enger Kooperation mit der Klinik für Onkologie und Hämatologie im Haus.*

31	<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>
32	<p>Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen</p> <p><i>Dies geschieht im Zusammenwirken mit den geriatrischen Einrichtungen Düsseldorfs.</i></p>
33	<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>
34	<p>Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis</p> <p><i>Klinische, laborchemische, apparative und mikrobiologische Untersuchung erlaubt die rasche Diagnose und Behandlung (inkl. Intensivbehandlung).</i></p>
35	<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:	3577
Teilstationäre Fallzahl:	122

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	152
2	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	146
3	R55	Synkope und Kollaps	133
4	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	90
5	E86	Volumenmangel	82
6	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	81
7	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	67
8	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	44
9	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	39
10	K63.5	Polyp des Kolons	39
11	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	38
12	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	34
13	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	34

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	34
15	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	33
16	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	31
17	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	30
18	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	29
19	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	28
20	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	28
21	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	27
22	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	27
23	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	26
24	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	24
25	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	23
26	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	23
27	D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	23
28	K25.3	Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation	22
29	N17.99	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium nicht näher bezeichnet	21
30	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	21

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	235
2	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	195
3	I50	Herzinsuffizienz	191
4	R55	Synkope und Kollaps	133
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	117
6	A41	Sonstige Sepsis	100
7	E86	Volumenmangel	82
8	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	81
9	N17	Akutes Nierenversagen	76
10	K80	Cholelithiasis	71

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I50.1	Linksherzinsuffizienz	174
2	I10.9	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet	152
3	R55	Synkope und Kollaps	133
4	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	90
5	E86	Volumenmangel	82
6	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	81
7	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	67
8	N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	67
9	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	61
10	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	49
11	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	47
12	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	44
13	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	44
14	K63.5	Polyp des Kolons	39
15	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	39
16	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	38
17	I10.0	Benigne essentielle Hypertonie	35
18	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	34
19	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	33
20	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	31
21	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	30
22	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	29

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
23	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	28
24	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	27
25	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	27
26	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	26
27	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	26
28	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	24
29	D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	23
30	A04.7	Enterokolitis durch Clostridium difficile	23

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	3155
2	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1553
3	8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	969
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	514
5	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	447
6	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	426
7	3-05e	Endosonographie der Blutgefäße	357
8	3-056	Endosonographie des Pankreas	339
9	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	331
10	3-05x	Andere Endosonographie	329
11	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	317
12	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	308
13	3-055	Endosonographie der Gallenwege	274
14	3-05a	Endosonographie des Retroperitonealraumes	271

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	249
16	1-645	Zugang durch retrograde Endoskopie	248
17	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	230
18	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	211
19	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	204
20	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	196
21	1-710	Ganzkörperplethysmographie	179
22	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	176
23	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	167
24	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	150
25	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	128
26	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	106
27	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	106
28	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	97
29	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	97
30	3-051	Endosonographie des Ösophagus	91

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-854	Hämodialyse	3171
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1606
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	1014
4	8-855	Hämodiafiltration	969
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	799
6	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	599
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	514

## B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	DIAGNOSTIK UND THERAPIE VON ERKRANKUNGEN DES MAGEN-DARM-TRAKTES (GASTROENTEROLOGIE)
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	VI20 - Intensivmedizin
	<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)
	LEISTUNGEN:
	VI00 - ERCP, operative Endoskopie (Stents etc.), PEG und orale Endosonographie (auf Überweisung von Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie)
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VR06 - Endosonographie
	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
	<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)</i>
4	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VI20 - Intensivmedizin
	VC71 - Notfallmedizin
	<i>Multidisziplinär besetztes Ärzte-Team für unklare/schwere Erkrankungen. Diagnostik, Erstversorgung, stationäre Aufnahme</i>
5	RICHTLINIE ÜBER DIE AMBULANTE BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS NACH § 116B SGB V
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	LEISTUNGEN:
	LK15 - Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen
	<i>Alle erforderlichen endoskopischen Leistungen in enger Zusammenarbeit mit unserer Klinik für Onkologie.</i>

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

## B-[2].11 Personelle Ausstattung

### B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche  
 Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	22,15	22,15	0,00	0,00	22,15	161,5
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,85	6,85	0,00	0,00	6,85	522,2

#### Abkürzungen:

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

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

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

### B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Infektiologie
2	Proktologie
3	Psychoanalyse

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
4	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
5	Intensivmedizin
6	Labordiagnostik - fachgebunden -

### B-[2].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	55,11	53,12	1,99	0,00	55,11	64,9
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,42	0,42	0,00	0,00	0,42	8516,7
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,30	0,30	0,00	0,00	0,30	11923,3
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,08	0,08	0,00	0,00	0,08	44712,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,62	7,62	0,00	0,00	7,62	469,4

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

ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Pflege in der Nephrologie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Pflege in der Onkologie
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung
6	Pflege in der Endoskopie

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Wundmanagement
2	Diabetes
3	Kinästhetik
4	Geriatric <i>z. B. Zercur</i>
5	Palliative Care
6	Bobath
7	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
8	Qualitätsmanagement

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

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

**Abkürzungen:**

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

## B-[3] Klinik für 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:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

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

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

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

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Karl-Axel Hartmann, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2051
Fax:	0211 4400 2052
E-Mail:	strahlentherapie@marien-hospital.de

#### B-[3].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG 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
2	Hochvoltstrahlentherapie
3	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
4	Oberflächenstrahlentherapie
5	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
6	Intraoperative Bestrahlung
7	Spezialsprechstunde <i>Hochdosierte Bestrahlung abgrenzbarer Tumore mit einer Genauigkeit von wenigen Millimetern.</i>
8	Medizinisches Versorgungszentrum <i>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	2620
2	8-522.d1	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung	1796
3	8-522.90	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Ohne bildgestützte Einstellung	1561
4	8-522.d0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	1334
5	8-527.0	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, einfach	485
6	8-528.6	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: CT-gesteuerte Simulation für die externe Bestrahlung	429
7	8-527.8	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Individuelle Blöcke oder Viellamellenkollimator (MLC)	307
8	8-529.8	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung, mit individueller Dosisplanung	229

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	8-529.3	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die intensitätsmodulierte Radiotherapie	183
10	8-522.b0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	176
11	8-522.b1	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung	163
12	8-527.1	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, mittlerer Schwierigkeitsgrad	117
13	8-525.12	Sonstige Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Interstitielle Brachytherapie mit Volumenimplantation von entfernbaren Strahlern in mehreren Ebenen: Hohe Dosisleistung	26
14	8-529.6	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die Brachytherapie, komplex	24
15	8-522.60	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	24
16	8-523.11	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, fraktioniert: Extrazerebral	18
17	8-524.1	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Intravaginal	12
18	8-524.0	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Intrauterin	12
19	8-523.10	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, fraktioniert: Zerebral	10
20	8-524.2	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Intrauterin und intravaginal, kombiniert	10
21	8-522.30	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	8
22	8-527.2	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, komplex	8
23	8-523.6	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Intraoperative Strahlentherapie	6
24	8-527.6	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Behandlungshilfen	4
25	8-529.7	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung ohne individuelle Dosisplanung	2

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	8-529.4	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung mit Fusion von CT- und MRT-Bildern	1

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	7682
2	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	921
3	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	439
4	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	429
5	8-524	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	34
6	8-523	Andere Hochvoltstrahlentherapie	34
7	8-525	Sonstige Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	26

### B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<b>MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM</b>
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	<i>Angebot zur ambulanten Behandlung für die Fachbereiche Urologie und Strahlentherapie</i>
2	<b>STRALENTHERAPEUTISCHE AMBULANZ</b>
	Privatambulanz
	<i>Entsprechend dem Leistungsangebot der Strahlentherapie</i>
3	<b>BRACHYTHERAPIE</b>
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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	<b>NOTFALLAMBULANZ (24H)</b>
	Notfallambulanz (24h)

## B-[3].11 Personelle Ausstattung

### B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	1,32	1,32	0,00	0,00	1,32	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,32	1,32	0,00	0,00	1,32	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	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Praxisanleitung
3	Master
4	Pflege in der Onkologie

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Kinästhetik
3	Palliative Care

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
4	Breast Care Nurse
5	Stroke Unit Care

### 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:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

#### B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Name/Funktion:	Herr Dr. (B) Patrick Dewalque, kommissarischer Leiter
Telefon:	0211 4400 2450
Fax:	0211 4400 2451
E-Mail:	frauenheilkunde@marien-hospital.de

#### B-[4].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG 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 von gutartigen Tumoren der Brustdrüse</p> <p><i>In Zusammenarbeit mit der Klinik für Senologie und Onkologie.</i></p>
2	<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>
3	<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>
4	<p>Spezialsprechstunde</p> <p><i>Inkontinenz/ Descensus, Geburtsvorbereitung, Myome. Minimal-invasive (Bauchspiegelung und Gebärmutterspiegelung), organerhaltende Myomentfernung. Myomembolisation. Falls erforderlich, minimal-invasive Teil- oder Totalentfernung der Gebärmutter.</i></p>
5	<p>Inkontinenzchirurgie</p> <p><i>In Zusammenarbeit mit der Klinik für Urologie und Allgemeinchirurgie im Hause.</i></p>
6	<p>Ambulante Entbindung</p> <p><i>Zertifiziert als "Babyfreundliches Krankenhaus" nach WHO und UNICEF.</i></p>
7	<p>Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane</p> <p><i>Diagnostische Laparoskopie (Bauchspiegelung) und Hysteroskopie (Gebärmutterspiegelung) als ambulante OP.</i></p>
8	<p>Geburtshilfliche Operationen</p> <p><i>Kaiserschnitt nach der sanften Methode (Misgaw-Ladach), Kaisergeburt.</i></p>
9	<p>Pränataldiagnostik und -therapie</p> <p><i>Farbdoppleruntersuchungen</i></p>
10	<p>Gynäkologische Chirurgie</p> <p><i>Bis zur großen interdisziplinären Krebschirurgie. Immunfluoreszente Laparoskopie zur Darstellung der Wächter-Lymphknoten bei Gebärmutterkrebs.</i></p>
11	<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>
12	<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>
13	<p>Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse</p> <p><i>In Zusammenarbeit mit der Klinik für Senologie und Onkologie.</i></p>
14	<p>Betreuung von Risikoschwangerschaften</p> <p><i>Diagnostik / Therapie</i></p>
15	<p>Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes</p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
<i>Per Bauchspiegelung und Gebärmutter Spiegelung (auch als ambulante OP durchführbar)</i>	
16	Minimalinvasive laparoskopische Operationen  <i>Unter anderem therapeutische Kürettage (Gebärmutterausschabung), Bauchspiegelung, Gebärmutter Spiegelung, Operation am Gebärmuttermund. Myombehandlung.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	2759
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	893
2	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	242
3	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	142
4	O71.4	Hoher Scheidenriss unter der Geburt	77
5	O80	Spontangeburt eines Einlings	74
6	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	72
7	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	62
8	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	51
9	O48	Übertragene Schwangerschaft	40
10	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	39
11	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	38
12	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	35
13	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	33
14	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	31
15	O70.2	Dammriss 3. Grades unter der Geburt	31
16	O69.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur	28
17	N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie	26
18	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	26
19	O62.1	Sekundäre Wehenschwäche	22
20	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	21
21	O00.1	Tubargravidität	19

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	N81.0	Urethrozele bei der Frau	19
23	O47.1	Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen	19
24	O64.1	Geburtshindernis durch Beckenendlage	18
25	O63.1	Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)	18
26	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	16
27	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	16
28	N85.0	Glanduläre Hyperplasie des Endometriums	16
29	D25.2	Subseröses Leiomyom des Uterus	16
30	O72.0	Blutung in der Nachgeburtsperiode	14

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	894
2	O70	Dammriss unter der Geburt	415
3	N81	Genitalprolaps bei der Frau	118
4	D25	Leiomyom des Uterus	97
5	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	80
6	O80	Spontangeburt eines Einlings	74
7	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	68
8	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	60
9	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	45
10	O42	Vorzeitiger Blasensprung	45

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	893
2	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	242
3	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	142
4	O71.4	Hoher Scheidenriss unter der Geburt	77

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
5	O80	Spontangeburt eines Einlings	74
6	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	72
7	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	62
8	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	51
9	O48	Übertragene Schwangerschaft	40
10	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	39
11	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	38
12	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	35
13	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	33
14	O70.2	Dammriss 3. Grades unter der Geburt	31
15	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	31
16	O69.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur	28
17	N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie	26
18	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	26
19	O62.1	Sekundäre Wehenschwäche	22
20	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	21
21	O47.1	Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen	19
22	O00.1	Tubargravidität	19
23	N81.0	Urethrozele bei der Frau	19
24	O63.1	Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)	18
25	O64.1	Geburtshindernis durch Beckenendlage	18

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
26	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	16
27	N85.0	Glanduläre Hyperplasie des Endometriums	16
28	D25.2	Subseröses Leiomyom des Uterus	16
29	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	16
30	P59.8	Neugeborenenikterus durch sonstige näher bezeichnete Ursachen	14

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	962
2	9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	802
3	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	451
4	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	368
5	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	340
6	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	262
7	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	203
8	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	128
9	5-707.31	Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes: Enterozelenplastik mit alloplastischem Material: Vaginal	88
10	5-932.02	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Mit Titanbeschichtung	87
11	5-704.01	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Mit alloplastischem Material	74
12	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	74
13	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	65
14	5-593.20	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	64

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	64
16	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	61
17	5-682.02	Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)	60
18	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	60
19	5-704.4g	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, mit alloplastischem Material	59
20	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	58
21	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	54
22	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	54
23	5-728.1	Vakuumentbindung: Aus Beckenmitte	50
24	5-704.11	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Mit alloplastischem Material	49
25	5-728.0	Vakuumentbindung: Aus Beckenausgang	49
26	5-704.6a	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Vaginal, mit alloplastischem Material	38
27	5-593.01	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit autogenem Material: Pubokokzygeusplastik	37
28	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	37
29	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	35
30	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	34

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	969
2	9-500	Patientenschulung	802
3	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	638
4	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	451
5	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	368
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	340

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	266
8	5-749	Andere Sectio caesarea	186
9	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	123
10	5-593	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]	102

## B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<b>GYNÄKOLOGISCHE AMBULANZ</b>
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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
	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	<b>RICHTLINIE ÜBER DIE AMBULANTE BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS NACH § 116B SGB V</b>
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	LK15 - Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen
3	<b>NOTFALLAMBULANZ (24H)</b>
	Notfallambulanz (24h)

## B-[4].11 Personelle Ausstattung

### B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	9,91	9,91	0,00	0,00	9,91	278,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,18	7,18	0,00	0,00	7,18	384,3

**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].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	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 Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,89	11,89	0,00	0,00	11,89	232,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,94	2,94	0,00	0,00	2,94	938,4
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,49	0,49	0,00	0,00	0,49	5630,6
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,87	10,87	0,00	0,00	10,87	253,8

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,15	1,15	0,00	0,00	1,15	2399,1
---	------	------	------	------	------	--------

**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-[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	Dekubitusmanagement
6	Kontinenzmanagement
7	Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
8	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
9	Palliative Care
10	Geriatric <i>z. B. Zercur</i>
11	Kinästhetik

### 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:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

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

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2200) Urologie

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

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Patrick Bastian, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2405
Fax:	0211 4400 2341
E-Mail:	patrick.bastian@vkkd-kliniken.de

#### B-[5].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG 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
5	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
6	Minimalinvasive endoskopische Operationen
7	Schmerztherapie
8	Tumorchirurgie <i>Tumorchirurgie sämtlicher urologischer Tumore inkl. Salvage-Operationen.</i>
9	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
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:	1614
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	187
2	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	130
3	N20.1	Ureterstein	111
4	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	91
5	N40	Prostatahyperplasie	90
6	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	89
7	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	83
8	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	74
9	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	55
10	N20.0	Nierenstein	49
11	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	36
12	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	35
13	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	31
14	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	25
15	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	24
16	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	22
17	N13.6	Pyonephrose	22
18	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	20
19	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	20
20	N35.9	Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet	16
21	N41.3	Prostatazystitis	15
22	N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	12
23	N32.0	Blasenhalsobstruktion	12
24	N39.42	Dranginkontinenz	12
25	N30.9	Zystitis, nicht näher bezeichnet	12
26	N45.0	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis mit Abszess	11
27	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	11

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	N43.3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet	10
29	N21.0	Stein in der Harnblase	10
30	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	10

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	427
2	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	175
3	N20	Nieren- und Ureterstein	164
4	N30	Zystitis	104
5	N40	Prostatahyperplasie	90
6	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	83
7	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	55
8	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	55
9	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	52
10	N45	Orchitis und Epididymitis	42

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	187
2	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	130
3	N20.1	Ureterstein	111
4	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	91
5	N40	Prostatahyperplasie	90
6	N13.5	Abknickung und Striktur des Ureters ohne Hydronephrose	89
7	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	83
8	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	74
9	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	55
10	N20.0	Nierenstein	49
11	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	36

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
12	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	35
13	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	31
14	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	29
15	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	25
16	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	24
17	N13.6	Pyonephrose	22
18	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	22
19	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	20
20	N35.9	Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet	16
21	N41.3	Prostatazystitis	15
22	N39.4	Dranginkontinenz	14
23	N32.0	Blasenhalsobstruktion	12
24	N30.9	Zystitis, nicht näher bezeichnet	12
25	N13.0	Hydronephrose bei ureteropelviner Obstruktion	12
26	N45.0	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis mit Abszess	11
27	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	11
28	N43.3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet	10
29	C66	Bösartige Neubildung des Ureters	10
30	N21.0	Stein in der Harnblase	10

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	1322
2	1-336	Harnröhrenkalibrierung	1268
3	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	1152
4	8-132.1	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, einmalig	399
5	8-137.10	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]: Wechsel: Transurethral	355
6	1-100	Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie	313

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	8-137.00	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Einlegen: Transurethral	302
8	5-573.3	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Destruktion	245
9	1-334.x	Urodynamische Untersuchung: Sonstige	243
10	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	230
11	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	187
12	8-139.00	Andere Manipulationen am Harntrakt: Bougierung der Urethra: Ohne Durchleuchtung	125
13	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	123
14	5-562.9	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition	119
15	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	114
16	5-573.1	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Inzision des Harnblasenhalses	110
17	5-561.7	Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums: Bougierung, transurethral	95
18	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	73
19	8-132.x	Manipulationen an der Harnblase: Sonstige	73
20	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	71
21	5-573.41	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävlinsäure	71
22	5-585.1	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	71
23	5-562.4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	62
24	8-132.0	Manipulationen an der Harnblase: Instillation	58
25	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	50
26	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	48
27	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	47

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	8-137.2	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]: Entfernung	46
29	5-562.8	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	45
30	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	42

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-132	Manipulationen an der Harnblase	1869
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	1322
3	1-336	Harnröhrenkalibrierung	1268
4	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	768
5	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	666
6	1-100	Klinische Untersuchung in Allgemeinanästhesie	313
7	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	243

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

1	UROLOGISCHE AMBULANZ
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VU00 - Kontinenzdiagnostik inkl. Urodynamik und Therapie
	VU00 - Privatambulanz, Wechsel Neueinlagen von Nierenkathetern und Harnleitersonden (alle Kassen)
	VU08 - Kinderurologie
	VU17 - Prostatazentrum
	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
	<i>Wechsel Neueinlagen von Nierenkathetern und Harnleitersonden (alle Kassen) (VU00), Prostatazentrum (VU17), Wechsel Neueinlagen von Nierenkathetern und Harnleitersonden,</i>
3	RICHTLINIE ÜBER DIE AMBULANTE BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS NACH § 116B SGB V
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

3	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].11 Personelle Ausstattung

### B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	8,30	8,30	0,00	0,00	8,30	194,5
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,32	3,32	0,00	0,00	3,32	486,1

**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 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	16,81	16,81	0,00	0,00	16,81	96,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,08	0,08	0,00	0,00	0,08	20175,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,96	0,46	0,50	0,46	0,50	3228,0

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,45	0,45	0,00	0,00	0,45	3586,7
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,10	0,10	0,00	0,00	0,10	16140,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,65	0,65	0,00	0,00	0,65	2483,1

**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	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Pflege in der Nephrologie
4	Operationsdienst
5	Pflege in der Onkologie
6	Praxisanleitung
7	Bachelor
8	Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
9	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	Kontinenzmanagement

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

### 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:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

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

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Name/Funktion:	a.r.Prof. Dr. med. Werner Audretsch, Klinikdirektor
Telefon:	0211 4400 2761
Fax:	0211 4400 2762
E-Mail:	brustzentrum@vkkd-klinken.de

Name/Funktion:	Dr. med. Oksana Möller, Chefärztin
Telefon:	0211 4400 2761
Fax:	0211 4400 2762
E-Mail:	oksana.moeller@vkkd-klinken.de

#### B-[6].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG 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>Bei den brustchirurgischen, strahlentherapeutischen und onkologischen Maßnahmen können wir daher Ihre persönliche Präferenz und bei der Behandlung auch komplementäre Aspekte berücksichtigen.</i></p>
2	<p>Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse</p> <p><i>Die Klinik für Senologie und Brustchirurgie im Interdisziplinären Onkologischen Zentrum am Marien Hospital Düsseldorf, Lehrkrankenhaus der Heinrich-Heine-Universität, gewährleistet eine umfassende Versorgung gutartiger oder bösartiger Brusterkrankungen bei der Frau oder dem Mann.</i></p>
3	<p>Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse</p> <p><i>Methodisch uneingeschränkte Rekonstruktionstechniken mit höchster Sicherheit Sofortrekonstruktion n. hautschonender Brustentfernung (Skinsparing Mastektomie/SSM) mit gleichzeitigem oder späterem Wiederaufbau nach Standard-Brustentfernung. Interdisziplinäre Tumorkonferenzen.</i></p>
4	<p>Kernleistungen III</p> <p><i>- Rekonstruktionen mit Implantattechnik. Dabei kann meist auf die Einlage eines Expanders oder Gewebeersatznetzes verzichtet und wiederholte Operationen vermieden werden -Silikonprothesen der neuesten Technologie mit großer Sicherheit</i></p>
5	<p>Gynäkologische Chirurgie</p> <p><i>Mit unseren Kooperationspartnern decken wir eine umfassende Versorgung von der Diagnosesicherung über die Operation bis hin zur personalisierten Therapie ab. Auch das unabhängige Beratungszentrum zebra steht allen Ratsuchenden und für Fragen zur Verfügung.</i></p>
6	<p>Spezialprechstunde</p> <p><i>Die Klinik für Senologie und Brustchirurgie im Interdisziplinären Onkologischen Zentrum am Marien Hospital Düsseldorf, Lehrkrankenhaus der Heinrich-Heine-Universität, gewährleistet eine umfassende Versorgung gutartiger oder bösartiger Brusterkrankungen bei der Frau oder dem Mann.</i></p>
7	<p>Kernleistungen IV</p> <p><i>- Rekonstruktion mit Eigengewebe von der Bauchdecke oder dem Rückengewebe- Sekundär- und Tertiärchirurgische Eingriffe mit dem Ziel höchster Sicherheit, "... wenn scheinbar nichts mehr geht..."- Rezidivoperationen mit oder ohne Brusterhaltung</i></p>
8	<p>Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse</p> <p><i>Dazu gehören auch die Beratung und das Operationsangebot bei Fehlbildungen, Formveränderungen und Brustästhetik. Die Klinik für Senologie und Brustchirurgie ist als operatives Zentrum in das Früherkennungsprogramm (Screening) für Brustkrebs eingebunden. - Individuelles</i></p>
9	<p>Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie</p> <p><i>Hochauflösende Mamma-Sonographie und sonographisch gesteuerte Biopsie und Lokalisation - Brusterhaltung und onkoplastische Brustchirurgie - Therapeutische und prophylaktische Brustchirurgie - Wächterlymphknotendiagnostik und schonende Lymphknoten-chirurgie</i></p>
10	<p>Tumorchirurgie</p>

## MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

*In der Tumorkonferenz wird das optimale Zusammenwirken von Operation, Bestrahlung, systemischer Therapie und Nachsorge ergebnissicher für jede einzelne Patientin und jeden Patienten individuell abgestimmt.*

### 11 Intraoperative Bestrahlung

*Brustchirurgie in Verbindung mit Intraoperativer Strahlentherapie OERT (MOBETRON mit hochwirksamem Elektronen-Boost) Individuelles Operationsangebot: Korrekturen von Fehlbildungen, Brustverkleinerungen und Brustvergrößerungen.*

### 12 Mammachirurgie

*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.*

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

Vollstationäre Fallzahl: 593

Teilstationäre Fallzahl: 0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	171
2	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	107
3	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	74
4	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	26
5	C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	24
6	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	22
7	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	20
8	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	18
9	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	15
10	C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	14
11	N60.1	Diffuse zystische Mastopathie	13
12	T85.4	Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat	11
13	N64.5	Sonstige Symptome der Mamma	10
14	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	10
15	N60.8	Sonstige gutartige Mammadysplasien	8
16	N60.2	Fibroadenose der Mamma	7
17	T85.82	Kapselfibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	6

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	Q83.9	Angeborene Fehlbildung der Mamma, nicht näher bezeichnet	< 4
19	C50.0	Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	< 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	Q83.80	Tubuläre Brust	< 4
23	D48.6	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Brustdrüse [Mamma]	< 4
24	N60.9	Gutartige Mammadysplasie, nicht näher bezeichnet	< 4
25	N64.1	Fettgewebsnekrose der Mamma	< 4
26	T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
27	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
28	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	< 4
29	A46	Erysipel [Wundrose]	< 4
30	N64.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Mamma	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	382
2	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	74
3	N60	Gutartige Mammadysplasie [Brustdrüsendysplasie]	30
4	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	26
5	T85	Komplikationen durch sonstige interne Prothesen, Implantate oder Transplantate	17
6	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	15
7	N64	Sonstige Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	14
8	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	10
9	Q83	Angeborene Fehlbildungen der Mamma [Brustdrüse]	6
10	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	5

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	171
2	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	107
3	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	74
4	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	26
5	C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	24
6	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	22
7	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	20
8	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	18
9	N61	Entzündliche Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	15
10	C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	14
11	N60.1	Diffuse zystische Mastopathie	13
12	T85.4	Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat	11
13	N62	Hypertrophie der Mamma [Brustdrüse]	10
14	N64.5	Sonstige Symptome der Mamma	10
15	N60.8	Sonstige gutartige Mammadysplasien	8
16	N60.2	Fibroadenose der Mamma	7
17	T85.8	Kapsel fibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	6
18	C50.0	Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	< 4
19	Q83.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma	< 4
20	C50.6	Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse	< 4
21	Q83.9	Angeborene Fehlbildung der Mamma, nicht näher bezeichnet	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
22	Z40.0	Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen	< 4
23	T81.3	Aufreißen einer Operationswunde, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
24	N64.1	Fettgewebsnekrose der Mamma	< 4
25	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
26	N60.9	Gutartige Mammadysplasie, nicht näher bezeichnet	< 4
27	D48.6	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Brustdrüse [Mamma]	< 4
28	N64.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Mamma	< 4
29	L72.2	Steatocystoma multiplex	< 4
30	D17.1	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes	< 4

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	259
2	5-870.a6	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch gestielte Fernlappenplastik	77
3	5-886.30	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subkutan: Ohne gewebeverstärkendes Material	68
4	5-870.a3	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie	65
5	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)	62
6	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)	49

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	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	41
8	5-407.02	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1 und 2	40
9	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	37
10	5-911.1a	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Brustwand und Rücken	25
11	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	22
12	5-889.30	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapsel fibrose, Prothesenwechsel und Formung einer neuen Tasche: Ohne gewebeverstärkendes Material	22
13	5-885.6	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Gestieltes Haut-Muskel-Transplantat [myokutaner Lappen], ohne Prothesenimplantation	20
14	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	18
15	5-870.a5	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik	14
16	5-407.03	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1, 2 und 3	14
17	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	13
18	5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	12
19	1-493.32	Perkutane (Nadel-)Biopsie an anderen Organen und Geweben: Mamma: Durch Stanzbiopsie mit Clip-Markierung der Biopsieregion	12
20	5-882.5	Operationen an der Brustwarze: Plastische Rekonstruktion durch Hauttransplantation	12
21	5-407.01	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1	11
22	5-884.2	Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	11

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	5-870.ax	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Sonstige	10
24	5-872.0	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie	10
25	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	9
26	5-856.a6	Rekonstruktion von Faszien: Deckung eines Defektes mit allogenen Material: Bauchregion	9
27	5-870.20	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Duktektomie: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	8
28	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)	7
29	5-894.1a	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken	6
30	5-877.11	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Hautsparende Mastektomie [SSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels	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	343
2	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	262
3	5-886	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma	85
4	5-877	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	78
5	5-407	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation	65
6	5-872	(Modifizierte radikale) Mastektomie	52
7	5-889	Andere Operationen an der Mamma	31
8	5-911	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut	25

## 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
	LEISTUNGEN:
	LK15 - Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen
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].11 Personelle Ausstattung

### B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	3,98	3,98	0,00	0,00	3,98	149,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,98	3,98	0,00	0,00	3,98	149,0

**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].11.1.1 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 Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,81	4,81	0,00	0,00	4,81	123,3
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,63	0,63	0,00	0,00	0,63	941,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,19	0,19	0,00	0,00	0,19	3121,1

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Pflege in der Onkologie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Bachelor
4	Intensivpflege und Anästhesie
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
7	Kontinenzmanagement
8	Schmerzmanagement <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
9	Breast Care Nurse

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

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

**Abkürzungen:**

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

## B-[7] 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:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

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

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3751) Radiologie

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

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Stefan Diederich, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2101
Fax:	0211 4400 2102
E-Mail:	claudia.Schaller@vkkd-kliniken.de

#### B-[7].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

### 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	Eindimensionale Dopplersonographie
9	Tumorembolisation
10	Interventionelle Radiologie
11	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
12	Neuroradiologie
13	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
14	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
15	Duplexsonographie
16	Teleradiologie
17	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
18	Phlebographie
19	Kinderradiologie
20	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
21	Konventionelle Röntgenaufnahmen
22	Gelenkinfiltration bei Arthrose
23	Native Sonographie
24	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
25	Arteriographie
26	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
28	MRT des Herzens
29	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	4391
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	1702
3	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	1674
4	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	1491
5	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	1333
6	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	1203
7	3-206	Native Computertomographie des Beckens	854
8	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	818
9	3-13d.5	Urographie: Retrograd	809
10	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	569
11	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	491
12	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	487
13	3-202	Native Computertomographie des Thorax	398
14	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	331
15	3-13a	Kolonkontrastuntersuchung	330
16	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	291
17	3-137	Ösophagographie	227
18	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	169
19	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	154
20	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	128
21	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	106
22	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	105
23	3-821	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel	98
24	3-138	Gastrographie	86
25	3-13d.0	Urographie: Intravenös	86
26	3-13f	Zystographie	85
27	3-201	Native Computertomographie des Halses	75
28	3-804	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens	67

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	64
30	3-13d.6	Urographie: Perkutan	63

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	4391
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	1702
3	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	1674
4	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	1491
5	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	1333
6	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	1203
7	3-13d	Urographie	958
8	3-206	Native Computertomographie des Beckens	854
9	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	818
10	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	569

### B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<b>RADIOLOGIE</b>
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	LK15 - Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen
2	<b>VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V</b>
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
3	<b>NOTFALLAMBULANZ (24H)</b>
	Notfallambulanz (24h)
4	<b>PRIVATAMBULANZ</b>
	Privatambulanz
5	<b>D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE AMBULANZ</b>
	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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche  
 Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	8,86	8,86	0,00	0,00	8,86	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,75	3,75	0,00	0,00	3,75	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	Innere Medizin

### B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

### B-[7].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche  
 Arbeitszeiten 38,50

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

**Abkürzungen:**

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

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

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

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

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-[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:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

#### B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2700) Augenheilkunde

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

Name/Funktion:	Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Babac Mazinani, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2470
Fax:	0211 4400 2477
E-Mail:	augenheilkunde@marien-hospital.de

#### B-[8].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

### 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:	1108
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	660
2	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	100
3	H35.3	Degeneration der Makula und des hinteren Poles	33
4	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	21
5	H33.2	Seröse Netzhautablösung	16
6	H04.5	Stenose und Insuffizienz der Tränenwege	14
7	H18.5	Hereditäre Hornhautdystrophien	13
8	H11.0	Pterygium	12
9	H34.8	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss	11
10	H27.1	Luxation der Linse	11
11	H49.2	Lähmung des N. abducens [VI. Hirnnerv]	10
12	H43.1	Glaskörperblutung	9
13	H46	Neuritis nervi optici	9
14	H40.0	Glaukomverdacht	9
15	H47.0	Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert	8
16	H16.0	Ulcus corneae	7
17	H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	7
18	H40.2	Primäres Engwinkelglaukom	6
19	H34.1	Verschluss der A. centralis retinae	6
20	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	6
21	H02.1	Ektropium des Augenlides	5
22	T86.83	Versagen und Abstoßung: Hornhauttransplantat des Auges	5
23	H35.6	Netzhautblutung	5
24	H47.2	Optikusatrophie	5
25	E10.31	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet	5
26	H44.1	Sonstige Endophthalmitis	4
27	H27.0	Aphakie	4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	H04.3	Akute und nicht näher bezeichnete Entzündung der Tränenwege	4
29	H20.0	Akute und subakute Iridozyklitis	4
30	H53.2	Diplopie	4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	H25	Cataracta senilis	664
2	H40	Glaukom	121
3	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	41
4	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	27
5	H04	Affektionen des Tränenapparates	22
6	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	21
7	H34	Netzhautgefäßverschluss	20
8	H18	Sonstige Affektionen der Hornhaut	18
9	H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	17
10	H27	Sonstige Affektionen der Linse	15

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	660
2	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	100
3	H35.3	Degeneration der Makula und des hinteren Poles	33
4	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	21
5	H33.2	Seröse Netzhautablösung	16
6	H04.5	Stenose und Insuffizienz der Tränenwege	14
7	H18.5	Hereditäre Hornhautdystrophien	13
8	H11.0	Pterygium	12
9	H27.1	Luxation der Linse	11
10	H34.8	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss	11

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
11	H49.2	Lähmung des N. abducens [VI. Hirnnerv]	10
12	H46	Neuritis nervi optici	9
13	H43.1	Glaskörperblutung	9
14	H40.0	Glaukomverdacht	9
15	H47.0	Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert	8
16	H16.0	Ulcus corneae	7
17	H33.0	Netzhautablösung mit Netzhautriss	7
18	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	6
19	H40.2	Primäres Engwinkelglaukom	6
20	E10.3	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Augenkomplikationen	6
21	H34.1	Verschluss der A. centralis retinae	6
22	H35.6	Netzhautblutung	5
23	H47.2	Optikusatrophie	5
24	H02.1	Ektropium des Augenlides	5
25	T86.8	Versagen und Abstoßung sonstiger transplanterter Organe und Gewebe	5
26	H04.3	Akute und nicht näher bezeichnete Entzündung der Tränenwege	4
27	H27.0	Aphakie	4
28	H44.1	Sonstige Endophthalmitis	4
29	H53.2	Diplopie	4
30	H20.0	Akute und subakute Iridozyklitis	4

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-144.5d	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer Hinterkammerlinse, n.n.bez., monofokale Intraokularlinse	631
2	5-156.9	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	89
3	5-133.9	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Trabekuläre Shunt-Implantation	74

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	5-144.5e	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	58
5	5-133.7	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Aspiration am Trabekelwerk bei Pseudoexfoliationsglaukom	46
6	5-091.31	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Mit Beteiligung der Lidkante	42
7	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	40
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	27
9	5-131.01	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Gedeckte Goniotripanation oder Trabekulektomie: Mit Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung	26
10	5-154.0	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Kryopexie	23
11	8-020.0	Therapeutische Injektion: Auge	22
12	5-158.21	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Luft	19
13	5-149.0	Andere Operationen an der Linse: Einführung eines Kapselspannrings	18
14	5-155.4	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch flächige Laserkoagulation	18
15	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	18
16	5-158.00	Pars-plana-Vitrektomie: Vordere Vitrektomie über Pars plana: Elektrolytlösung	17
17	5-158.12	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Andere Gase	16
18	5-132.20	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare: Zyklphotokoagulation: Offen chirurgisch	16
19	5-984	Mikrochirurgische Technik	15
20	5-139.2	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Einbringen von Gas in die Vorderkammer	12
21	5-158.11	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Luft	12
22	5-096.10	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Durch Verschiebeplastik der Lidkante: Mit Kanthotomie	11
23	5-125.01	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Hornhauttransplantation, lamellär: Posterior	11
24	5-137.7	Andere Operationen an der Iris: Temporäre chirurgische Pupillenerweiterung	10
25	5-086.30	Rekonstruktion des Tränenkanals und Tränenpunktes: Rekonstruktion des Tränenkanals: Mit Ringintubation	9

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	5-095.11	Naht des Augenlides: Verschluss tiefer Liddefekte: Mit Beteiligung der Lidkante	9
27	5-086.31	Rekonstruktion des Tränenkanals und Tränenpunktes: Rekonstruktion des Tränenkanals: Mit sonstiger Intubation	9
28	5-158.41	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Luft	8
29	5-158.13	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölimplantation	8
30	5-154.2	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie	7

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	696
2	5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	125
3	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	114
4	5-156	Andere Operationen an der Retina	92
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	92
6	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	54
7	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	36
8	5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen	32
9	5-096	Andere Rekonstruktion der Augenlider	29

### 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

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

Stationäre BG-Zulassung: Ja

## B-[8].11 Personelle Ausstattung

### B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	5,64	5,64	0,00	0,00	5,64	196,5
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,94	2,94	0,00	0,00	2,94	376,9

**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-[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 Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,43	6,43	0,00	0,00	6,43	172,3

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,11	0,11	0,00	0,00	0,11	10072,7
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,25	0,25	0,00	0,00	0,25	4432,0

**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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Operationsdienst
4	Praxisanleitung
5	Notfallpflege
6	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	Qualitätsmanagement
4	Kinästhetik
5	Kontinenzmanagement
6	Schmerzmanagement
	<i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
7	Wundmanagement
	<i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
8	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:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

#### B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2800) Neurologie

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

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Steinke, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2441
Fax:	0211 4400 2391
E-Mail:	neurologie@marien-hospital.de

#### B-[9].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

### 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 Gewebeprobe (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:	2509
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63.8	Sonstiger Hirninfarkt	282
2	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	217
3	G45.92	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	169
4	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	138
5	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	73
6	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	56
7	H81.2	Neuropathia vestibularis	53
8	G45.93	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	43
9	I63.1	Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	41

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	41
11	G45.82	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	40
12	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	36
13	R55	Synkope und Kollaps	34
14	G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet	33
15	G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	33
16	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	32
17	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	31
18	G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	31
19	F45.8	Sonstige somatoforme Störungen	28
20	I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung	27
21	I67.3	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	26
22	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	26
23	G44.2	Spannungskopfschmerz	23
24	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	21
25	G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	20
26	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	19
27	A87.9	Virusmeningitis, nicht näher bezeichnet	18
28	G12.2	Motoneuron-Krankheit	18
29	G91.20	Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus	18
30	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	17

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63	Hirnfarkt	574
2	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	331
3	G40	Epilepsie	260
4	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	135
5	H81	Störungen der Vestibularfunktion	83

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	G43	Migräne	62
7	G62	Sonstige Polyneuropathien	57
8	I61	Intrazerebrale Blutung	54
9	F45	Somatoforme Störungen	52
10	G61	Polyneuritis	50

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I63.8	Sonstiger Hirninfarkt	282
2	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	217
3	G45.9	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet	212
4	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	138
5	G35.1	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf	87
6	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	73
7	H81.2	Neuropathia vestibularis	53
8	G45.8	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	47
9	I63.1	Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	41
10	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	41
11	G45.1	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig)	36
12	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	36
13	R55	Synkope und Kollaps	34
14	G20.1	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung	33
15	G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	33
16	G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet	33
17	F45.8	Sonstige somatoforme Störungen	28

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
18	I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung	27
19	I67.3	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	26
20	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	26
21	G35.3	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf	24
22	G44.2	Spannungskopfschmerz	23
23	G62.8	Critical-illness-Polyneuropathie	22
24	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	21
25	G91.2	Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus	19
26	A87.9	Virusmeningitis, nicht näher bezeichnet	18
27	G12.2	Motoneuron-Krankheit	18
28	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	17
29	G93.2	Benigne intrakranielle Hypertension [Pseudotumor cerebri]	16
30	G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose	16

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	2015
2	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	647
3	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	558
4	8-981.0	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden	495
5	1-208.4	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch [MEP]	488
6	1-206	Neurographie	398
7	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	305
8	8-981.1	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden	273

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	234
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	153
11	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch [AEP]	149
12	1-205	Elektromyographie (EMG)	121
13	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	116
14	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	99
15	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	70
16	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	46
17	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	43
18	8-151.4	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges: Lumbalpunktion	39
19	8-810.wa	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 85 g bis unter 105 g	32
20	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	27
21	1-207.1	Elektroenzephalographie (EEG): Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)	19
22	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	18
23	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	16
24	5-377.8	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder	13
25	8-854.4	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	12
26	8-810.wd	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 145 g bis unter 165 g	11
27	6-003.f0	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Natalizumab, parenteral: 300 mg bis unter 600 mg	11
28	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	11
29	9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	10
30	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	10

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	2044
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	1592
3	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	768
4	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	558
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	422
6	1-206	Neurographie	398

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

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

### B-[9].11 Personelle Ausstattung

## B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	16,37	16,37	0,00	0,00	16,37	153,3
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,15	5,15	0,00	0,00	5,15	487,2

### Abkürzungen:

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

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

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

### B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Physikalische Therapie und Balneologie
3	Geriatric
4	Intensivmedizin

## B-[9].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	29,62	29,62	0,00	0,00	29,62	84,7
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	1,30	1,30	0,00	0,00	1,30	1930,0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	2509,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,51	0,51	0,00	0,00	0,51	4919,6
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,58	1,58	0,00	0,00	1,58	1588,0

**Abkürzungen:**

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Qualitätsmanagement
3	Palliative Care
4	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
5	Pflegeexperte Neurologie <i>z. B. Parkinson Nurse</i>
6	Basale Stimulation
7	Bobath
8	Diabetes <i>z. B. Diabetesberatung</i>
9	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
10	Still- und Laktationsberatung

ZUSATZQUALIFIKATIONEN

z. B Still- und Laktationsberater (IBCLC)

11 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:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

#### B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1600) Unfallchirurgie

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

Name/Funktion:	Herr Dr. med. Ulrich Dauer, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2071
Fax:	0211 4400 2070
E-Mail:	unfallchirurgie@marien-hospital.de

#### B-[10].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

### 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
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: 844

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06.0	Gehirnerschütterung	97
2	S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile	47
3	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	33
4	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	30
5	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	28
6	S82.82	Trimalleolarfraktur	20
7	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	19
8	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	17
9	S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	15
10	S32.5	Fraktur des Os pubis	14
11	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	14
12	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	14
13	S72.03	Schenkelhalsfraktur: Subkapital	13
14	S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel	11
15	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	11
16	S82.0	Fraktur der Patella	11
17	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	10
18	S52.11	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Kopf	10
19	T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	10
20	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	9
21	S82.81	Bimalleolarfraktur	9
22	S42.03	Fraktur der Klavikula: Laterales Drittel	8
23	S70.0	Prellung der Hüfte	8
24	S42.24	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Tuberculum majus	8
25	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	8

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	7
27	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	7
28	S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	6
29	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	6
30	S42.41	Fraktur des distalen Endes des Humerus: Suprakondylär	6

### B-[10].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S72	Fraktur des Femurs	114
2	S06	Intrakranielle Verletzung	109
3	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	105
4	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	104
5	S52	Fraktur des Unterarmes	88
6	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	38
7	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	25
8	M75	Schulterläsionen	21
9	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	18
10	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	14

### B-[10].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	S06.0	Gehirnerschütterung	97
2	S42.2	Fraktur des proximalen Endes des Humerus	65
3	S52.5	Distale Fraktur des Radius	62
4	S72.0	Schenkelhalsfraktur	53
5	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	50
6	S82.8	Bimalleolarfraktur	31
7	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	30
8	S42.0	Fraktur der Klavikula	22
9	S22.4	Rippenserienfraktur	21

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
10	S32.5	Fraktur des Os pubis	14
11	S82.1	Fraktur des proximalen Endes der Tibia	14
12	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	11
13	S82.0	Fraktur der Patella	11
14	T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	10
15	S43.0	Luxation des Humerus nach hinten	10
16	S52.1	Fraktur des proximalen Endes des Radius	10
17	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	9
18	M80.0	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur	8
19	S82.3	Distale Fraktur der Tibia	8
20	S42.4	Fraktur des distalen Endes des Humerus	8
21	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	8
22	S70.0	Prellung der Hüfte	8
23	S32.8	Fraktur sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Lendenwirbelsäule und des Beckens	7
24	S06.6	Traumatische subarachnoidale Blutung	7
25	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	7
26	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	7
27	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	6
28	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	6
29	S52.0	Fraktur des proximalen Endes der Ulna	6
30	S82.2	Fraktur des Tibiaschaftes	6

## B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	67
2	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	59
3	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	50
4	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	43
5	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	42
6	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	40
7	5-794.k1	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerus proximal	40
8	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	34
9	5-794.kr	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Fibula distal	28
10	5-896.1e	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie	26
11	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	25
12	5-794.0n	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia distal	23
13	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	21
14	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	21
15	5-892.1e	Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Drainage: Oberschenkel und Knie	20
16	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	19
17	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	19
18	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Osteosynthesematerial bei Operationen am Weichteilgewebe	16

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	16
20	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	16
21	5-793.kr	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Fibula distal	15
22	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	14
23	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	13
24	5-800.3k	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Oberes Sprunggelenk	12
25	5-892.17	Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Drainage: Oberarm und Ellenbogen	12
26	5-824.21	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Invers	12
27	5-892.16	Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Drainage: Schulter und Axilla	11
28	5-796.k0	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Klavikula	11
29	5-896.1g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß	11
30	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	11

### 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	244
2	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	109
3	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	99
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	83
5	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	77
6	5-916	Temporäre Weichteildeckung	69
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	67

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	66

## B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE AMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
3	UNFALLCHIRURGISCHE AMBULANZ
	Privatambulanz
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	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].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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	3,78	3,78	0,00	0,00	3,78	223,3
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,60	2,60	0,00	0,00	2,60	324,6

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

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

## B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Notfallmedizin
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 Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	8,61	8,61	0,00	0,00	8,61	98,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,10	0,10	0,00	0,00	0,10	8440,0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,54	0,54	0,00	0,00	0,54	1563,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,12	0,12	0,00	0,00	0,12	7033,3
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,26	1,26	0,00	0,00	1,26	669,8
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,62	0,62	0,00	0,00	0,62	1361,3

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Schmerzmanagement
2	Stomamanagement
3	Diabetes
	<i>z. B. Diabetesberatung</i>
4	Wundmanagement
5	Geriatric
	<i>z. B. Zercur</i>
6	Qualitätsmanagement
7	Kinästhetik
8	Kontinenzmanagement

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
9	Palliative Care

### 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:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

#### B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Name/Funktion:	Herr Dr. med. Konstantinos Zarras, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2401
Fax:	0211 4400 2352
E-Mail:	chirurgie@marien-hospital.de

#### B-[11].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

### 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>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>
3	<p>Notfallmedizin</p> <p><i>Notfallversorgung von Notfallpatienten interdisziplinär mit der Unfallchirurgie, Inneren Medizin und Anästhesiologie.</i></p>
4	<p>Amputationschirurgie</p> <p><i>Amputation von Gliedmaßen aufgrund von Durchblutungsstörungen in allen Bereichen</i></p>
5	<p>Magen-Darm-Chirurgie II, MagenZentrum, RefluxZentrum. Die Klinik ist DGAV zertifiziertes KomplexZentrum f. Minimalinvasive Chirurgie.</p> <p><i>Minimalinvasive Therapie von Stuhlinkontinenz und obstruktiven Defäkationssyndrom. Zertifiziertes DarmkrebsZentrum der Deutschen Krebsgesellschaft.</i></p>
6	<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>
7	<p>Portimplantation</p> <p><i>Regelhaft ambulante Operationen in Lokalanästhesie</i></p>
8	<p>Behandlung von Dekubitalgeschwüren</p> <p><i>Notfallmaßnahmen, Vakuumtherapie, plastische Deckung.</i></p>
9	<p>Chirurgie im Interdisziplinären Onkologischen Zentrum. Die Klinik ist DGAV zertifiziertes Kompetenzzentrum f. Minimalinvasive Chirurgie."</p> <p><i>Die Anwendung minimal-invasiver Operationstechniken 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 individuelle und befundabhängig.*

15	<b>Magen-Darm-Chirurgie</b>
	<i>Chirurgische Behandlung gut- und bösartiger Erkrankungen des End- und Dickdarmes mit minimalinvasivem Schwerpunkt. Schließmuskelerhaltende und nervenschonende Chirurgie von tiefsitzenden Enddarmtumoren (Transanale Endoskopische Mikrochirurgie = TEM).</i>
16	<b>Lungenchirurgie</b>
	<i>Behandlung von Pneumothorax, Lungenempyem, Hämatothorax in der Regel minimalinvasiv (Video Assistierte Thorak Skopie = VATS).</i>
17	<b>Tumorchirurgie</b>
	<i>Planung und Umsetzung interdisziplinärer chirurgisch-onkologischer Therapiekonzepte bei bösartigen Tumoren des Magen-Darm-Trakts. Die Anwendung minimal-invasiver Operationstechniken bei bösartigen Erkrankungen des Dick- und Enddarms zur Verbesserung des Patientenkomforts ist Standard.</i>
18	<b>Spezialsprechstunde</b>
	<i>Spezialsprechstunden für Koloproktologie, Darmkrebs, Magenkrebs, HIPEC, vor- und nachstationäre Sprechstunden, Indikationssprechstunde, Schilddrüsensprechstunde, Refluxsprechstunde, Venenchirurgie, Privatsprechstunde.</i>
19	<b>Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie</b>
	<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 Buchspeicheldrüsenerkrankungen.</i>
20	<b>Speiseröhrenchirurgie</b>
	<i>Sämtliche gutartige Erkrankungen. Selektive Therapie bei bösartigen Speiseröhrenerkrankungen. Minimalinvasive Behandlung des Sodbrennens und des Zwerchfellbruchs.</i>
21	<b>Chirurgie der peripheren Nerven</b>
	<i>Entnahme von Nervenbiopsien zur neurologischen Diagnostik.</i>
22	<b>Diagnostik und Therapie von chronischen Wunden.</b>
	<i>Angepasste Therapie in Zusammenarbeit mit dem Interdisziplinären Wund- und DiabetesZentrum Düsseldorf.</i>
23	<b>Behandlung von Leistenbrüchen, Bauchdeckenbrüchen und komplexen Bauchwanddefekten. Die Klinik ist DGAV zertifiziertes Kompetenzzentrum f. Minimalinvasive Chirurgie."</b>
	<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>
24	<b>HIPEC</b>
	<i>In ausgewählten Fällen nach Tumorboardempfehlung Durchführung von zytoreduktiver Chirurgie und anschließender Hyperthermer intraoperativer Chemoperfusion (HIPEC) in Zusammenarbeit mit der Klinik für Onkologie.</i>
25	<b>Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen</b>
	<i>Multiviszerele 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: 1817

Teilstationäre Fallzahl: 0

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	110
2	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	105
3	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	69
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	67
5	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	47
6	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	47
7	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	47
8	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	46
9	K61.1	Rektalabszess	39
10	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	38
11	K59.8	Sonstige näher bezeichnete funktionelle Darmstörungen	38
12	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	36
13	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	33
14	K59.0	Obstipation	31
15	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	29
16	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	24
17	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	24
18	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	22
19	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	21
20	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	20
21	K62.3	Rektumprolaps	19
22	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	17
23	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	15

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	R15	Stuhlinkontinenz	15
25	K60.3	Analfistel	15
26	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	15
27	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	14
28	K61.0	Analabszess	14
29	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	14
30	C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	14

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K35	Akute Appendizitis	171
2	K57	Divertikulose des Darmes	135
3	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	107
4	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	88
5	K40	Hernia inguinalis	84
6	K43	Hernia ventralis	73
7	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	73
8	K80	Cholelithiasis	72
9	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	69
10	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	67

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	110
2	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	105
3	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	93
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	67
5	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	60

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
6	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	59
7	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	47
8	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	47
9	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	46
10	K57.2	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	40
11	K61.1	Rektalabszess	39
12	K59.8	Sonstige näher bezeichnete funktionelle Darmstörungen	38
13	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	36
14	K59.0	Obstipation	31
15	K80.1	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	29
16	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	24
17	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	24
18	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	22
19	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	20
20	K62.3	Rektumprolaps	19
21	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	17
22	R15	Stuhlinkontinenz	15
23	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	15
24	K60.3	Analfistel	15
25	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	15
26	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien	14
27	C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	14
28	L89.3	Dekubitus 4. Grades	14

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
29	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	14
30	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	14

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	450
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	200
3	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	164
4	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	160
5	1-999.1	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Fluoreszenzgestützte diagnostische Verfahren	146
6	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	127
7	8-176.2	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage)	116
8	1-313	Ösophagusmanometrie	112
9	1-316.11	pH-Metrie des Ösophagus: Langzeit-pH-Metrie: Mit Langzeit-Impedanzmessung	110
10	5-541.3	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Second-look-Laparotomie (programmierte Relaparotomie)	101
11	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	97
12	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	92
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	87
14	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	81
15	8-176.1	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Bei temporärem Bauchdeckenverschluss (programmierte Lavage)	76

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	59
17	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	53
18	5-932.2	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Composite-Material	51
19	5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	51
20	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	50
21	5-541.4	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Anlegen eines temporären Bauchdeckenverschlusses	50
22	5-989	Fluoreszenzgestützte Therapieverfahren	47
23	5-541.0	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	46
24	8-176.0	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Bei liegender Drainage (geschlossene Lavage)	45
25	5-896.1d	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Gesäß	44
26	5-98c.0	Anwendung eines Klammernahtgerätes: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	43
27	5-484.35	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Resektion: Laparoskopisch mit Anastomose	42
28	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	40
29	5-569.31	Andere Operationen am Ureter: Ureterolyse (ohne intraperitoneale Verlagerung): Laparoskopisch	39
30	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	38

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	450
2	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	248
3	8-176	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss	237
4	5-469	Andere Operationen am Darm	237

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	200

## 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	207
2	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	27
3	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	7
4	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	6
5	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
6	1-513	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision	< 4
7	5-431	Gastrostomie	< 4
8	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	< 4
9	5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation	< 4
10	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche  
 Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	12,74	12,74	0,00	0,00	12,74	142,6
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,64	5,64	0,00	0,00	5,64	322,2

#### Abkürzungen:

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

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

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

### B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Proktologie
2	Spezielle Viszeralchirurgie

## B-[11].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,31	11,31	0,00	0,00	11,31	160,7
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,07	0,07	0,00	0,00	0,07	25957,1
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,16	0,16	0,00	0,00	0,16	11356,3
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,50	1,50	0,00	0,00	1,50	1211,3
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,44	1,44	0,00	0,00	1,44	1261,8

### Abkürzungen:

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

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Intensivpflege und Anästhesie
3	Operationsdienst
4	Pflege in der Onkologie
5	Praxisanleitung
6	Notfallpflege
7	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	Qualitätsmanagement
5	Palliative Care
6	Diabetes <i>z. B. Diabetesberatung</i>
7	Kontinenzmanagement
8	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:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

#### B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Aristoteles Giagounidis, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2501
Fax:	0211 4400 2210
E-Mail:	onkologie@marien-hospital.de

#### B-[12].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.marien-hospital.de">http://www.marien-hospital.de</a>

### 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

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

Vollstationäre Fallzahl:	4146
Teilstationäre Fallzahl:	302

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	328
2	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	187
3	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	184
4	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	181
5	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	170
6	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	169
7	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	123
8	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	103
9	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	96

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	89
11	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	78
12	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	77
13	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	75
14	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	73
15	C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	71
16	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	67
17	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	64
18	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	62
19	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	55
20	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	54
21	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	53
22	C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	52
23	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	51
24	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	49
25	C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz	47
26	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	43
27	C25.1	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper	43
28	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	40
29	C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	38
30	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	37

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	628
2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	400
3	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	353
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	328
5	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	231
6	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	181

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	C16	Bösartige Neubildung des Magens	171
8	C83	Nicht follikuläres Lymphom	150
9	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	133
10	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	118

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	328
2	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	187
3	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	184
4	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	181
5	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	170
6	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	169
7	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	123
8	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	103
9	C90.0	Multiples Myelom	96
10	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	89
11	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	78
12	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	77
13	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	75
14	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	73
15	C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	71
16	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	67
17	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	64
18	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	62

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
19	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	55
20	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	54
21	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	53
22	C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	52
23	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	51
24	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	49
25	C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz	47
26	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	43
27	C25.1	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper	43
28	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	40
29	C91.1	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]	38
30	C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet	37

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-543.22	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	937
2	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	721
3	8-543.23	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 3 Medikamente	635
4	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	626
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	480
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	284
7	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	205
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	195

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	8-542.22	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	186
10	1-424	Biopsie ohne Inzision am Knochenmark	152
11	8-547.x	Andere Immuntherapie: Sonstige	126
12	8-153	Therapeutische perkutane Punktion der Bauchhöhle	112
13	8-542.21	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament	105
14	6-001.a2	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Cetuximab, parenteral: 450 mg bis unter 550 mg	98
15	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	97
16	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	95
17	6-005.d0	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Nab-Paclitaxel, parenteral: 150 mg bis unter 300 mg	95
18	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	88
19	8-543.24	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 4 Medikamente	81
20	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	78
21	6-001.h5	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 650 mg bis unter 750 mg	64
22	8-800.g0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat	60
23	6-002.91	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bevacizumab, parenteral: 250 mg bis unter 350 mg	60
24	6-002.93	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bevacizumab, parenteral: 450 mg bis unter 550 mg	59
25	8-018.0	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	57
26	8-542.13	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	57
27	6-002.92	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Bevacizumab, parenteral: 350 mg bis unter 450 mg	54
28	8-542.51	Nicht komplexe Chemotherapie: 5 Tage: 1 Medikament	52
29	6-001.h4	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 550 mg bis unter 650 mg	50
30	8-543.42	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 2 Medikamente	50

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	1854
2	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	1141
3	8-547	Andere Immuntherapie	870
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	667
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	596
6	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	572

## 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
	LEISTUNGEN:
	LK15 - Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen
	<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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	19,57	19,57	0,00	0,00	19,57	211,9
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,48	7,48	0,00	0,00	7,48	554,3

**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].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Radiologie
2	Strahlentherapie
3	Innere Medizin
4	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 Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	33,45	33,45	0,00	0,00	33,45	123,9

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,19	0,19	0,00	0,00	0,19	21821,1
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	3,00	3,00	0,00	0,00	3,00	1382,0

**Abkürzungen:**

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

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Pflege in der Onkologie
3	Diplom
4	Bachelor
5	Intensivpflege und Anästhesie
6	Master
7	Hygienebeauftragte in der Pflege
8	Praxisanleitung
9	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
10	Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Geriatric z. B. Zercur
2	Qualitätsmanagement
3	Basale Stimulation
4	Schmerzmanagement
5	Wundmanagement
6	Breast Care Nurse
7	Palliative Care
8	Stroke Unit Care
9	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	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/ 1)	251	100
3	Geburtshilfe (16/1)	984	100
4	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	62	98,4
5	Mammachirurgie (18/ 1)	505	101,4
6	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	287	96,9
7	Hüftendoprothesenve (HEP)	31	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
8	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	31	96,8
9	Neonatologie (NEO)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
10	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	280	100,4

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

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

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

1	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>1103</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—

<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,77 % - 0,9 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>2</b>	<b>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51191</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>3</b>	<b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52305</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierter Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierter Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	75,75 % - 100 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,61 % - 95,76 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	12
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

4 Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52311</b>
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,33 % - 1,5 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

5	<b>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers aufgrund eines verlangsamten Herzschlags</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54139</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.</p>
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	92,56 % - 92,93 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

6 Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem	
Kennzahl-ID	54140
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,19 % - 98,37 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

7	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Mehrzahl der Fälle implantiert werden sollte	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54141</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	96,27 % - 96,54 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.
8	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Minderzahl der Fälle implantiert werden sollte	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54142</b>
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>Nicht definiert</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,17 % - 0,24 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p><b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b></p>	
<p>Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle</p>	<p>Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.</p>
<p>9</p>	<p><b>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54143</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 10,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,58 % - 1,77 %

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

10

Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>10211</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 20,00 %
Vertrauensbereich	8,5 % - 9,4 %

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

11 Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 6,88 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 5,00 %
Vertrauensbereich	1,09 % - 1,31 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	52

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

12 Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51906</b>
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</a></p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 4,18</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,95 % - 1,09 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>

13		Blasenkatheter länger als 24 Stunden	
Kennzahl-ID		52283	
Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .	
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>			
Ergebnis (Einheit)		—	
Vertrauensbereich		—	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>			
Bundesdurchschnitt		-1	
Referenzbereich		= 5,59 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)	
Vertrauensbereich		2,67 % - 2,87 %	
<b>FALLZAHL</b>			
Beobachtete Ereignisse		(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse		(Datenschutz)	
Grundgesamtheit		(Datenschutz)	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>			
Ergebnis im Berichtsjahr		<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert	
14		Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren	
Kennzahl-ID		52535	
Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>Sentinel-Event</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>15,45 % - 24,03 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>15</p>	<p><b>Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>612</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>76,95 % - 96,04 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>&gt;= 72,82 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>87,34 % - 87,98 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>36</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>40</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>16</p>	<p><b>Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>1058</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Geburtshilfe</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</a></p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 43,45 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,19 % - 0,39 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	5
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

17	Anwesenheit einer Kinderärztin / eines Kinderarztes bei Frühgeburten
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>318</b>
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</a>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 %
Vertrauensbereich	96,76 % - 97,17 %

<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>18</b>	<b>Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>321</b>
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,2 % - 0,23 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b>	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

19		Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)	
Kennzahl-ID		330	
Leistungsbereich		Geburtshilfe	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</a>	
<b>BUNDESERGEBNIS</b>			
Bundesdurchschnitt		-1	
Referenzbereich		>= 95,00 %	
Vertrauensbereich		96,79 % - 97,52 %	
<b>FALLZAHL</b>			
Beobachtete Ereignisse		-	
Erwartete Ereignisse		-	
Grundgesamtheit		-	
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>			
Ergebnis im Berichtsjahr		<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar	
<b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b>			
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle		Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	
20		Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Kaiserschnittgeburten	
Kennzahl-ID		50045	
Leistungsbereich		Geburtshilfe	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Ja	

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</a></p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>93,67 % - 99,5 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>&gt;= 90,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>98,99 % - 99,07 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>109</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>111</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>21</p>	<p><b>Schwergradiger Damriss bei Spontangeburt - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>51181</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Geburtshilfe</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 1,24 % - 2,8 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich = 2,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 0,99 % - 1,04 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 22

Erwartete Ereignisse 11,79

Grundgesamtheit 778

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

22

Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID 51397

Leistungsbereich Geburtshilfe

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>Nicht definiert</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,99 % - 1,1 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p><b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b></p>	
<p>Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle</p>	<p>Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.</p>
<p>23</p>	<p><b>Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>51803</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Geburtshilfe</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0,31 % - 1,67 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich = 2,32

Vertrauensbereich 0,94 % - 0,99 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 5

Erwartete Ereignisse 6,98

Grundgesamtheit 958

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

24

Übersäuerung des Blutes bei Frühgeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID 51831

Leistungsbereich Geburtshilfe

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 80,14 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 5,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,9 % - 1,13 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,04</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>15</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>25</p>	<p><b>Kaiserschnittgeburten - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52249</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Geburtshilfe</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0,36 % - 0,51 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,25 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,99 % - 0,99 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	111
Erwartete Ereignisse	258,97
Grundgesamtheit	976

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

26

Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit einer Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54029</b>
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,37 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,07 % - 1,24 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
27	<b>Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>
Kennzahl-ID	54030
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	9,16 % - 27,61 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,94 % - 16,53 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	61
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>U32</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert

28	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54033</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,31 % - 1,89 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,35 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,06 % - 1,11 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	5,01
Grundgesamtheit	53
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

29 **Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54036</b>
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,06 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>30</b>	<b>Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54040</b>
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,54 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,66 % - 0,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

31 **Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54046</b>
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,02 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,04 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

32 **Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2163</b>
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</a>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 5,75 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,02 % - 0,16 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	63

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

33	Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51370</b>
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	1,18 % - 4,91 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 18,44 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5 % - 5,36 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	289
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

34	Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51846</b>
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	95,2 % - 98,74 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,04 % - 97,28 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	316
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	324
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

35	<b>Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51847</b>
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	95,04 % - 99,62 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,83 % - 96,25 %

<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	141
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	143
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>36</b>	<b>Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52268</b>
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	11,5 % - 20 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	12,89 % - 13,41 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	42
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	275
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b>	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

37	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52279</b>
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</a>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	97,4 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 %
	Vertrauensbereich	95,99 % - 96,47 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	144
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	144
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
38	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52330</b>
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind>

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich 97,38 % - 100 %

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich >= 95,00 %

Vertrauensbereich 99,1 % - 99,35 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse 143

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 143

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

39

**Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)**

**Kennzahl-ID 52010**

Leistungsbereich Vorbeugung eines Druckgeschwürs

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 0,02 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	18205
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

40	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54001</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,56 % - 96,73 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
41	<b>Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54002</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitäts-indikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,56 % - 93,17 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

42	<b>Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54003</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	15,34 % - 15,93 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
43	<b>Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54004</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	81,72 % - 99,34 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	94,9 % - 95,1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	26
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	27
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

44	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54010</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,95 % - 98,08 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
<b>45</b>	<b>Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54012</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %

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

**46 Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54013</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthaltes zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	0 % - 22,81 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	13
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

47 **Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54015</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 11,35 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	10,85 % - 11,37 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	30

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

48 **Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54016</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 6,03 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,56 % - 1,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

49	<b>Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54017</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 17,46 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	5,93 % - 6,51 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
50	<b>Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54018</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich 0 % - 11,35 %

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich = 11,11 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 4,35 % - 4,69 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 30

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

51

**Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen**

**Kennzahl-ID 54019**

Leistungsbereich Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 7,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,34 % - 2,48 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

52	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54120</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 29,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	11,39 % - 12,15 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
<b>53 Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50050</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indextindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,79 % - 0,97 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
<b>54</b>	<b>Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)- unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50052</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,21 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
<b>55</b>	<b>Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50053</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indextindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,82 % - 0,98 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
<b>56</b>	<b>Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50060</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,53 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,05 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
<b>57</b>	<b>Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50062</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,50 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,89 % - 0,99 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
<b>58</b>	<b>Durchführung eines Hörtests</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50063</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,72 % - 97,9 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
<b>59</b>	<b>Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51076</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indextindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	2,97 % - 3,64 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG**

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
---	--

60

**Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51078</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich hierbei um einen Bestandteil des Indextindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
--------------------------	---

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	3,11 % - 3,99 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
61	<b>Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51079</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	5,14 % - 6,12 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

62	<b>Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51832</b>
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	3,83 % - 4,57 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	<b>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</b>	
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
63	<b>Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51837</b>
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indextindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl 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/>. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,91 % - 1,09 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG**

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
---	--

64

**Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51838</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	1,25 % - 1,7 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
65	Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51843
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indextindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlresultat einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl 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/>. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	1,07 % - 1,46 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

**KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG**

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
---	--

66

**Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung von Frühgeborenen**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>51901</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008). Für Frühgeborene zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick, Welch et al. 2004; Heller 2008; AQUA 2011). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden. AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2013): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung. Stand: 18.03.2013. Göttingen: AQUA. Signatur: 13-SQG-005. URL: <a href="https://sqq.de/downloads/Themen/Strukturierter_Qualitaetsbericht/2C">https://sqq.de/downloads/Themen/Strukturierter_Qualitaetsbericht/2C</a> (abgerufen am: 21.03.2018). Dimick, JB; Welch, HG; Birkmeyer, JD (2004): Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size. JAMA - Journal of the American Medical Association 292(7): 847-51. DOI: 10.1001/jama.292.7.847. Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0. Swamy, GK; Østbye, T; Skjærven, R (2008): Association of preterm birth with long-term survival, reproduction, and next-generation preterm birth. JAMA - Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429.</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,08 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,92 % - 1,02 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>-</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>

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.
67 Wachstum des Kopfes	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>52262</b>
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 22,20 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	9,14 % - 10,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N01</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
<b>68</b>	<b>Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2005</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	94,48 % - 98,55 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,39 % - 98,48 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	273
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	281
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>69</b>	<b>Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2006</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	94,28 % - 98,5 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	263
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	271
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

70	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2007</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	72,25 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	10
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>N02</b> - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.
<b>71</b>	<b>Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2009</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Vertrauensbereich	93,48 % - 98,15 %
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,18 % - 95,35 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	248
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	257
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
<b>72</b>	<b>Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>2013</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>84,75 % - 94,28 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>&gt;= 90,00 % (Zielbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>93,88 % - 94,13 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>134</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>148</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>73</p>	<p><b>Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>2028</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich 91,29 % - 97,68 %

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich >= 95,00 % (Zielbereich)

Vertrauensbereich 95,49 % - 95,68 %

**FALLZAHL**

Beobachtete Ereignisse 168

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 176

**QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN**

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

74

**Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus**

**Kennzahl-ID 50722**

Leistungsbereich Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

**RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES**

Vertrauensbereich 92,08 % - 97,22 %

**BUNDESERGEBNIS**

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich >= 95,00 % (Zielbereich)

Vertrauensbereich 96,18 % - 96,32 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	262
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	275
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

75 **Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>50778</b>
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,68 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,05 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	30,79
Grundgesamtheit	281
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

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

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

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

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

Leistungsbereich:	Gesamtes Leistungsspektrum des Krankenhauses
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	QKK - Qualitätsindikatoren G-IQI - German Inpatient Quality Indicators Version Patient Safety Indicators der AHRQ QSR (Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten)
Ergebnis:	Quartalsbericht Peer-Reviews
Messzeitraum:	Ganzjährig in Quartalsauswertungen
Datenerhebung:	Über & 21 Datensatz
Rechenregeln:	siehe Indikatorenset Prof. Stausberg
Referenzbereiche:	Einrichtungsspezifische Erwartungswerte im Vergleich mit Gesamtreferenzwert.
Vergleichswerte:	Derzeit ca. 50 kirchliche Krankenhäuser bundesweit.
Quellenangabe:	Wissenschaftliche Evaluation und Begleitung durch Prof. Stausberg (LMU). Publikationen unter <a href="http://www.qkk-online.de">www.qkk-online.de</a> erhältlich.

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 Gesamtreferenzwert
Vergleichswerte:	§ 21-Daten aus rund 200 Krankenhäusern
Quellenangabe:	Projekt QR-Check der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

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

	AUSNAHMEN	AUSNAHMEN	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHR)	AUSNAHMEN
1	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	11	
2	Stammzelltransplantati	25	25	

### 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):	79
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	68
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	68

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