

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß §137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
für das Berichtsjahr 2016



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	3
A-0 Fachabteilungen	3
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	11
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	12
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	13
A-10 Gesamtfallzahlen	13
A-11 Personal des Krankenhauses	14
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	16
A-13 Besondere apparative Ausstattung	26
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	27
B-[1] Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin	27
B-[2] Klinik für Innere Medizin und konservative Intensivmedizin	32
B-[3] Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie	45
B-[4] Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	54
B-[5] Klinik für Urologie	65
B-[6] Klinik für Senologie und Brustchirurgie	75
B-[7] Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	85
B-[8] Klinik für Augenheilkunde	91

B-[9]	Klinik für Neurologie	101
B-[10]	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	112
B-[11]	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie	123
B-[12]	Klinik für Onkologie und Hämatologie, Palliativmedizin	134
C	Qualitätssicherung	144
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	144
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	201
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	201
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	202
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	202
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	202
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	202

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"
- Die zertifizierte Schlaganfallabteilung (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 2016 wurden in den 12 Fachabteilungen 52.358 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 2016 (Vergleich zu 2015) in Befragungen:

- Gleichbleibend gute ärztliche (89,2 %) und pflegerische (87,8 %) Versorgung und Betreuung
- Verbesserung in Organisation und Abläufen (von 79 % auf 81,2 %)
- Verbesserung im Servicebereich (von 70,2 % auf 71,4)

87 Prozent der Patienten würden das Marien Hospital Düsseldorf weiterempfehlen. Im Vergleich zum Vorjahr konnte dieser Wert um zwei Prozentpunkte erhöht werden.

Einleitung

Verantwortliche:

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

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

Links:

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

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
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
10	Hauptabteilung	1600	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
11	Hauptabteilung	1500	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive 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:	http://www.marien-hospital.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

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

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:	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	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) <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 Muskelathrophie.</i>
2	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung <i>Gerne steht Ihnen der Sozialdienst beratend zur Seite.</i>
3	Manuelle Lymphdrainage <i>sowie Lymphödemprophylaxe durch Anpassen eines Armkompressionsstrumpfes bei medizinischer Indikation.</i>
4	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <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>
5	Diät- und Ernährungsberatung <i>Unsere Diätassistentinnen helfen Ihnen gerne bei der Auswahl besonderer Kost.</i>
6	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>In Zusammenarbeit mit der Neurologischen Klinik.</i>
7	Ergotherapie/Arbeitstherapie <i>Die Ergotherapie unterstützt und begleitet Sie in jedem Alter, wenn Sie in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind.</i>
8	Stomatherapie/-beratung <i>DarmkrebsZentrum</i>
9	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik <i>http://www.marienhospital.de/klinikeninstitute/gynaekologie_und_geburtshilfe/</i>
10	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
11	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern <i>Tragetuchkurs, Informationsabende über das Stillen, Stillgruppe, Babymassage.</i>
12	Wundmanagement <i>Interdisziplinäres Wundzentrum.</i>
13	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
14	Säuglingspflegekurse <i>http://www.marien-hospital.de/unsere_kliniken/gynaekologie_und_geburtshilfe/kursprogramm/</i>
15	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik <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. http://www.marienhospital.de/unsere_kliniken/gynaekologie_und_geburtshilfe/kursprogramm/</i>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
16	Basale Stimulation <i>Wir unterstützen Sie bei schweren körperlichen Beeinträchtigungen durch basale Stimulation mit körperbezogenen Interaktionen in ihrer Wahrnehmung-, Kommunikations- und Bewegungsfähigkeit.</i>
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 <i>http://www.marienhospital.de/klinikeninstitute/urologie_uro_onkologie_und_kinderurologie/leistungsspektrum_urologie/inkontinenzzentrum/</i>
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>http://www.marienhospital.de/klinikeninstitute/augenheilkunde/sehschuleneuroophthalmologie/</i>
23	Stillberatung <i>Stillgruppe und Stillambulanz am Marien Hospital Düsseldorf. Bitte informieren Sie sich auf unserer Internetseite. http://www.marienhospital.de/klinikeninstitute/gynaekologie_und_geburtshilfe/geburtshilfe/familienorientierte_geburtsmedizin/</i>
24	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen <i>Tragetuchkurse, Akkupunktur für Schwangere, Geburtsvorbereitungskurse, Stillcafé, 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 Physikalischen 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 <i>http://www.marien-hospital.de/servicedienste/physiotherapie/</i>
31	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>Frau Desirée Daverveldt-König, Tel. 0211 4400-2247.</i>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
32	Medizinische Fußpflege <i>Der Kontakt wird bei Bedarf hergestellt.</i>
33	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <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	Wärme- und Kälteanwendungen <i>Thermobehandlungen werden in der physikalischen Therapie durchgeführt.</i>
35	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>DarmkrebsZentrum - Deutsche ILCO e.V., Selbsthilfe nach Krebs und für Gefährdete e. V., Brustzentrum - ZEBRA, Urologie - Prostataselbsthilfegruppe, DP-Parkinson.</i>
36	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege <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>
37	Sozialdienst <i>Rehabilitation, Tel. 0211 4400-6855, Allgemeiner Sozialdienst 0211 4400-6237 oder - 6209, Pflegeüberleitung 0211 4400 6854.</i>
38	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Bitte informieren Sie sich in der Tagespresse und unter: http://www.marienhospital.de/aktuellestermine/publikumsveranstaltungen/</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 1 €</i> <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15 €</i> <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i> <i>gebührenpflichtig!</i>
2	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen <i>Deutsche ILCO, Selbsthilfe nach Krebs und für Gefährdete e. V. , "zebra" Zentrum für Brustgesundheit und Brustkrebsangelegenheiten und andere.</i>
3	Hotelleistungen <i>Begleitpersonen können Zimmer anmieten. Wir bieten Ihnen in netter Atmosphäre eine preiswerte Alternative. Eine Reservierung ist unbedingt erforderlich Telefon: 0211/4400-6014</i> http://www.marien-hospital.de/gaestezimmer/
4	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer <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>
5	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Art der besonderen Ernährungsgewohnheit (z.B. vegane Küche)</i> <i>z.B. jüdische/ muslimische Ernährung, vegetarische/ vegane Küche</i>
6	Andachtsraum <i>Unsere Kapelle ist täglich geöffnet. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite.</i> http://www.marien-hospital.de/servicedienste/krankenhausseelsorge/
7	Mutter-Kind-Zimmer <i>Familienzimmer sind vorhanden.</i> http://www.marien-hospital.de/unsere_kliniken/gynaekologie_und_geburtshilfe/leistungsspektrum_geburtshilfe/
8	Rooming-in <i>Das Marien Hospital hat sich der Initiative "Babyfreundliches Krankenhaus" (www.babyfreundlich.org) angeschlossen und ist seit 2009 nach den internationalen Richtlinien von WHO/UNICEF als "Babyfreundliches Krankenhaus" ausgezeichnet.</i> http://www.marien-hospital.de/klinikeninstitute/gynaekologie_und_geburtshilfe/geburtshilfe/familienorientierte_geburtsmedizin/
9	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen <i>Unsere ehrenamtlichen Helferinnen erkennen Sie am blauen Mantel und Namensschild. Die "Blauen Damen" haben es sich zur Aufgabe gemacht, Ärzte und Pflegepersonal bei der Betreuung und Versorgung unserer Patienten zu unterstützen.</i> http://www.marien-hospital.de/patientenangehoerige/a_bis_z/?type=0&uid=768&cHash=0919d932c1

LEISTUNGSANGEBOT	
10	Internetanschluss am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 2,5 €</i> <i>nicht auf allen Stationen vorhanden!</i>
11	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>Es entstehen lediglich die Kosten für die Kopfhörer (2,60 €)</i>
12	Rundfunkempfang am Bett <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>Über Rundfunk (Kanal 2) werden die Gottesdienste am Wochenende ins Krankenzimmer übertragen.</i>
13	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Bitte beachten Sie die Hinweise in der Presse oder auf unserer Internetseite.</i> http://www.marien-hospital.de/aktuellestermine/publikumsveranstaltungen/
14	Seelsorge <i>Gottesdienste und Andachten in der Kapelle.</i> http://www.marien-hospital.de/servicedienste/seelsorge/
15	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Vorhanden.</i>
16	Ein-Bett-Zimmer <i>Vorhanden.</i>
17	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>Eine Unterbringung von Begleitpersonen ist generell möglich. Eine Reservierung ist notwendig. Telefon: 0211/4400-6014</i> http://www.marien-hospital.de/gaestezimmer/
18	Zwei-Bett-Zimmer <i>Vorhanden.</i>
19	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Vorhanden.</i>
20	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> <i>Es sind begrenzte gebührenpflichtige Parkplätze vor dem Marien Hospital vorhanden . Das nahe gelegene Parkhaus bietet Ausweichmöglichkeiten.</i>

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 - Prof. Dr. Diederich, Westf.-Wilhelms-Uni. Münster - Prof. Dr. Hartmann, Heinr.-Heine-Univ. Düsseldorf - Prof. Dr. Hörnchen, Friedrich-Wilhelms-Univ. Bonn - Prof. Dr. Steinke, Heinr.-Heine-Univ. Df - Prof. Dr. Lüthen, Heinr.-Heine-Univ. Df - Prof. Dr. Giagounidis, Heinr.-Heine-Univ. Df
2	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
3	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
4	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) Regelmäßige Unterrichtsveranstaltungen (PJ- Programm). Praktische Studentenausbildung am VKKD (Unterricht der Medizinstudenten im 7. und 8. Fachsemester der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf in Praxisblöcken.
5	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher Prof. Dr. Lüthen: Mitgl. des Editorial board "Pancreatology" Prof. Dr. Diederich: Mitgl. des Editorial Board Cancer Imaging: Deputy Editor, RadiologieUp2date: kardiopul. Radiologie, Prof. Dr. Giagounidis: Mitgl. des Editorial Board "Journal of Clinical Oncology"
6	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien Zahlreiche Studien in der Klinik für Hämatologie / Onkologie und Klinik für Neurologie Institut für spezielle Pharmakotherapie im Rahmen des Interdisziplinären Onkologischen Zentrums.
7	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien Phase II: Auf Nachfrage, wechselnde Studienbeteiligungen Institut für spezielle Pharmakotherapie im Rahmen des Interdisziplinären Onkologischen Zentrums
8	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten - Prof. Dr. Diederich, Westf.-Wilhelms-Uni. Münster - Prof. Dr. Hartmann, Heinr.-Heine-Univ. Düsseldorf - Prof. Dr. Hörnchen, Friedrich-Wilhelms-Univ. Bonn - Prof. Dr. Steinke, Heinr.-Heine-Univ. Df - Prof. Dr. Lüthen, Heinr.-Heine-Univ. Df - Prof. Dr. Giagounidis, Heinr.-Heine-Univ. Df

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

	AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN
1	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin Praktische Ausbildungsstätte verschiedener staatlicher und privater Schulen für Physiotherapie
2	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) In Zusammenarbeit mit der Medical School academia chirurgica GmbH und der CTA-Schule Kaiserswerther Diakonie. Ausbildungsstätte für OTA und CTA
3	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin 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.

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN

- 4 Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin
- Die Einrichtungen des VKKD gehören zu den katholischen Krankenhasträgern 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.*
- 5 Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)
- Praktische Ausbildung von MTRA-Schülern der MTRA-Schule des Universitätsklinikums Düsseldorf.*
- 6 Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
- Die Einrichtungen des VKKD gehören zu den katholischen Krankenhasträgern 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.*

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 437

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	18695
Teilstationäre Fallzahl:	543
Ambulante Fallzahl:	33120

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)	122,12	122,12	0	0	122,12
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	61,9	61,9	0	0	61,9
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,4	1,4	0	0	1,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,4	1,4	0	0	1,4

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,5

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	237,31 34,09	236,95 33,75	0,36 0,34	6,51 6,51	230,8 27,58
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,75 0	0,75 0	0 0	0 0	0,75 0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	4,04 0	4,04 0	0 0	0 0	4,04 0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	4,02 1,15	4,02 1,15	0 0	0 0	4,02 1,15
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	9,73 3,52	9,73 3,52	0 0	0,15 0,15	9,58 3,37
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,31 0	11,31 0	0 0	0 0	11,31 0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	16,06 9,56	16,06 9,56	0 0	0 0	16,06 9,56
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	18,14 6,12	18,14 6,12	0 0	2,24 2,24	15,9 3,88

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch- technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	2	2	0	0	2
Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch- technische Radiologieassistentin (MTRA)	20,56	20,56	0	0	20,56
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	5,51	5,51	0	0	5,51
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	1,5	1,5	0	0	1,5
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	1,51	1,51	0	0	1,51
Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin	3	3	0	0	3
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	6	6	0	0	6
Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	6	6	0	0	6
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	1	1	0	0	1

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@vkdd-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	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VKKD Transfusionshandbuch Standort MHD</i> <i>Letzte Aktualisierung: 03.08.2017</i>
2	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: F-Fixierungsanordnung</i> <i>Letzte Aktualisierung: 01.03.2016</i>
3	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
4	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
5	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Arztbriefschreibung</i> <i>Letzte Aktualisierung: 01.01.2016</i>
6	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Arzneimittelgabe</i> <i>Letzte Aktualisierung: 10.08.2009</i>
7	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Schmerzmanagement, Schmerz Anlage A, Schmerz Anlage B, Schmerz Anlage C, Schmerz Anlage D</i> <i>Letzte Aktualisierung: 02.08.2016</i>
8	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: S-Dekubitusprophylaxen</i> <i>Letzte Aktualisierung: 15.04.2010</i>
9	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Herzalarm</i> <i>Letzte Aktualisierung: 04.07.2017</i>
10	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DIN EN ISO 9001 konformes QM-System mit vollständiger Dokumentation und Fachgesellschaftszertifikate.</i> <i>Letzte Aktualisierung: 31.12.2016</i>
11	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
12	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
13	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: S-P-Aufwachraum</i> <i>Letzte Aktualisierung: 10.02.2011</i>
14	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Team-Time-Out, S-OP-Markierungen</i> <i>Letzte Aktualisierung: 01.01.2016</i>
15	Entlassungsmanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
	<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>

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

☒	Qualitätszirkel
☒	Tumorkonferenzen
☒	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
☒	Pathologiebesprechungen
☒	Palliativbesprechungen
☐	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
Krankenhaustygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	7
Hygienefachkräfte (HFK)	1
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

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl: ☒ Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: ☒ Ja

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

Auswahl: ☒ Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: ☒ Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl: ☒ Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: ☒ Ja

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

Auswahl: ☒ Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: ☒ Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: ☒ Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben: ☒ Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch (Einheit: ml/Patiententag):

... auf allen Intensivstationen:	122
... auf allen Allgemeinstationen:	25

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: ☐ Ja

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: MRE-Netzwerk Düsseldorf</i>
2	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Zertifikat 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</i>

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

☒	CDAD-KISS
☒	ITS-KISS
☐	AMBU-KISS
☒	MRSA-KISS
☒	OP-KISS
☐	HAND-KISS
☐	NEO-KISS
☐	ONKO-KISS
☐	STATIONS-KISS
☐	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 Patientenförsprecher oder eine Patientenförsprecherin 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@vkdd-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@vkdd-kliniken.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Mammographiegerät	Röntgengerät 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	Ja
	<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	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin

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

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

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Herrn Prof. Dr. med. Ulrich Hörnchen, Chefarzt
Telefon:	0211 4400 2411
Fax:	0211 4400 2521
E-Mail:	anaesthesie@marien-hospital.de

B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	https://www.marien-hospital.de

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

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

Keine Vereinbarung geschlossen

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	OP-Management <i>Organisation der beiden Operationseinheiten mit insgesamt 8 Sälen.</i>
2	Intensivmedizin <i>Auf der interdisziplinären Intensivstation werden alle modernen Verfahren der Intensivmedizin angewandt. Beatmungstherapie, Überwachung (Monitoring), kinetische Therapie und Nierenersatzverfahren. 24 Stunden ärztliche Besetzung.</i>
3	8500 Anästhesien pro Jahr <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>
4	Schmerztherapie <i>Schmerztherapie und Schmerzmanagement.</i>
5	Notfallmedizin <i>24 Std. im Haus, 8500 Anästhesien pro Jahr.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

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

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

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

B-[1].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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	0	14,04	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,77	5,77	0	0	5,77	0,0

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	38,5
---	------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	18,86	18,86	0	0	18,86	0,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,87	0,87	0	0	0,87	0,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,2	0,2	0	0	0,2	0,0
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1	1	0	0	1	0,0

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Qualitätsmanagement
3	Schmerzmanagement

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

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

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

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:	http://www.marien-hospital.de.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums <i>Diese Erkrankungen können hier durch Ultraschall und ultraschallgesteuerte Punktionen abgeklärt werden.</i>
2	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten <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>
3	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege <i>Schwere Formen von Tonsillitis bis Bronchitis werden behandelt.</i>
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas <i>Alle Erkrankungsformen können hier diagnostiziert und behandelt werden.</i>
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren <i>Es kann die Diagnostik vieler Formen dieser Gefäßkrankheiten hier erfolgen und dann ggf. eine medikamentöse Therapie durchgeführt werden.</i>
6	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen <i>Nach der Labordiagnostik lassen sich viele dieser Störungen gezielt behandeln.</i>
7	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit <i>Klinisch radiologisch und sonographisch diagnostizieren wir hier alle Herzerkrankungen und leiten die Behandlung ein.</i>
8	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen <i>Die Störungen werden durch EKG, Langzeit-EKG, Monitorüberwachung oder implantierbare Aufzeichnungsgeräte diagnostiziert und dann gezielt durch Medikamente oder elektrische Kardioversion behandelt.</i>
9	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen <i>Schwere Krankheitsbilder werden hier ggf. unter Hinzuziehung externer Experten festgestellt und direkt behandelt.</i>
10	Endoskopie <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>
11	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen <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>
12	Intensivmedizin <i>8 intensivmedizinische Behandlungsplätze mit dem gesamten Umfang der modernen Intensivtherapie stehen zur Verfügung.</i>
13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura <i>Das gesamte Krankheitsspektrum der Rippenfellkrankungen wird behandelt.</i>
14	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin <i>Schlafapnoe-Diagnostik kann hier erfolgen.</i>
15	Orale Endosonographie

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	3623
Teilstationäre Fallzahl:	124

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	170
2	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	164
3	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	145
4	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	124
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	111
6	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	54
7	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	44
8	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	43
9	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	43
10	E86	Flüssigkeitsmangel	42
11	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	40
12	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	39
13	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	35

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	33
15	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	33
16	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	32
17	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	29
18	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	28
19	I20.0	Instabile Angina pectoris	28
20	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	25
21	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	24
22	A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen	24
23	J98.4	Sonstige Veränderungen der Lunge	24
24	K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	24
25	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	22
26	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	21
27	K83.1	Verschluss des Gallenganges	21
28	I47.9	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet	21
29	K63.5	Polyp des Kolons	20
30	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	20

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	228
2	I50	Herzschwäche	210
3	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	173
4	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	164
5	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	143
6	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	112
7	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	98

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	77
9	K80	Gallensteinleiden	72
10	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	62

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I50.1	Linksherzinsuffizienz	197
2	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	164
3	I10.9	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet	148
4	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	124
5	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	111
6	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	99
7	K57.3	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess	55
8	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	50
9	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	44
10	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	43
11	E86	Flüssigkeitsmangel	42
12	N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	41
13	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	40
14	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	39
15	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	36
16	A04.7	Enterokolitis durch Clostridium difficile	35
17	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	35

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
18	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	33
19	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	33
20	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	32
21	K80.5	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis	30
22	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	29
23	I20.0	Instabile Angina pectoris	28
24	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	28
25	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	25
26	J98.4	Sonstige Veränderungen der Lunge	24
27	K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	24
28	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	21
29	K83.1	Verschluss des Gallenganges	21
30	I47.9	Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet	21

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	1622
2	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	582
3	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	353
4	8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	307
5	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	236
6	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	232
7	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	213

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	201
9	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	198
10	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	189
11	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	181
12	3-05e	Ultraschall der Blutgefäße durch Einführen eines Ultraschallgerätes in die Gefäße	151
13	3-05x	Sonstiger Ultraschall mit Einführen des Ultraschallgerätes in den Körper	146
14	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	143
15	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	142
16	3-05a	Ultraschall des Gewebes hinter der Bauchhöhle mit Zugang über die Speiseröhre	125
17	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	124
18	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	109
19	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	101
20	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	99
21	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	95
22	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	93
23	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	90
24	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	89
25	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	73
26	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	71
27	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	71
28	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	70

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	5-469.00	Andere Operationen am Darm: Dekompression: Offen chirurgisch	62
30	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	59

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	1630
2	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	588
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	407
4	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	364
5	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	353
6	8-855	Blutreinigung außerhalb des Körpers durch ein Kombinationsverfahren von Blutentgiftung und Blutwäsche	307
7	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	274
8	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	236
9	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	232
10	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	201

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].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	202
2	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	75
3	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	68
4	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	21,18	21,18	0	0	21,18	171,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,3	7,3	0	0	7,3	496,3

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
4	Intensivmedizin
5	Labordiagnostik - fachgebunden -

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	52,24	52,24	0	0	52,24	69,4
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	1,2	1,2	0	0	1,2	3019,2
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1	1	0	0	1	3623,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,45	0,45	0	0	0,45	8051,1
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	5,88	5,88	0	0	5,88	616,2

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Diabetes
3	Kinästhetik
4	Palliative Care

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
5	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.
----------	------	--------	------------	------	-------	----------------

B-[3] Klinik für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie

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

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

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

B-[3].1.2 Name des Chefarztes 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:	http://www.marien-hospital.de

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	625
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	68
2	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	42
3	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	37
4	C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	33
5	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	31
6	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	30
7	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	29
8	C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	27
9	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	25
10	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	24
11	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	15
12	C61	Prostatakrebs	14
13	C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	12

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	C15.9	Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet	11
15	C51.8	Bösartige Neubildung: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend	11
16	C01	Krebs des Zungengrundes	9
17	C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	9
18	C53.1	Bösartige Neubildung: Ektozervix	9
19	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	9
20	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	8
21	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	8
22	C45.0	Mesotheliom der Pleura	7
23	C90.0	Multiples Myelom	7
24	C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	6
25	C54.9	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet	6
26	C09.9	Bösartige Neubildung: Tonsille, nicht näher bezeichnet	6
27	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	6
28	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	5
29	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	5
30	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	5

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	106
2	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	99
3	C50	Brustkrebs	79
4	C21	Dickdarmkrebs im Bereich des Afters bzw. des Darmausgangs	60
5	C53	Gebärmutterhalskrebs	46
6	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	37
7	C15	Speiseröhrenkrebs	24
8	C61	Prostatakrebs	14
9	C51	Krebs der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane	12
10	C54	Gebärmutterkrebs	12

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	68
2	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	42
3	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	37
4	C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	33
5	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	31
6	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	30
7	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	29
8	C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	27
9	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	25
10	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	24
11	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	15
12	C61	Prostatakrebs	14
13	C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet	12
14	C51.8	Bösartige Neubildung: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend	11
15	C15.9	Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet	11
16	C53.1	Bösartige Neubildung: Ektozervix	9
17	C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	9
18	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	9
19	C01	Krebs des Zungengrundes	9
20	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	8
21	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	8
22	C90.0	Multiples Myelom	7

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
23	C45.0	Mesotheliom der Pleura	7
24	C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)	6
25	C54.9	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet	6
26	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	6
27	C09.9	Bösartige Neubildung: Tonsille, nicht näher bezeichnet	6
28	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	5
29	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	5
30	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	5

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-522.91	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgestützter Einstellung	1641
2	8-522.90	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Ohne bildgestützte Einstellung	827
3	8-522.d0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	567
4	8-522.d1	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung	416
5	8-527.0	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, einfach	243
6	8-528.6	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie: CT-gesteuerte Simulation für die externe Bestrahlung	213
7	8-529.3	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die intensitätsmodulierte Radiotherapie	126
8	8-527.8	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Individuelle Blöcke oder Viellamellenkollimator (MLC)	102

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	8-529.8	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung, mit individueller Dosisplanung	79
10	8-527.1	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, mittlerer Schwierigkeitsgrad	67
11	8-523.6	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Intraoperative Strahlentherapie	60
12	8-522.b1	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Mit bildgestützter Einstellung	20
13	8-522.60	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	18
14	8-527.2	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Fixationsvorrichtung, komplex	11
15	8-522.30	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	11
16	8-524.0	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Intrauterin	11
17	8-522.b0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, 3D-geplante Bestrahlung: Ohne bildgestützte Einstellung	9
18	8-523.10	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Stereotaktische Bestrahlung, fraktioniert: Zerebral	8
19	8-529.7	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung ohne individuelle Dosisplanung	6
20	8-524.2	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Intrauterin und intravaginal, kombiniert	6
21	8-525.12	Sonstige Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden: Interstitielle Brachytherapie mit Volumenimplantation von entfernbaren Strahlern in mehreren Ebenen: Hohe Dosisleistung	5
22	8-527.6	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie: Behandlungshilfen	5
23	8-522.c0	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger mehr als 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, mehr als 2 Bestrahlungsfelder: Ohne bildgestützte Einstellung	4
24	8-522.31	Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger bis zu 6 MeV Photonen oder schnelle Elektronen, bis zu 2 Bestrahlungsfelder: Mit bildgestützter Einstellung	2
25	8-529.6	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie: Bestrahlungsplanung für die Brachytherapie, komplex	1

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie	3515
2	8-527	Herstellen bzw. Anpassen von Hilfsmitteln zur Strahlenbehandlung	428
3	8-528	Überprüfen der Einstellungen vor dem Beginn einer Strahlenbehandlung	213
4	8-529	Planung der Strahlenbehandlung für die Bestrahlung durch die Haut bzw. die örtliche Bestrahlung	212
5	8-523	Sonstige Form der hochenergetischen Strahlenbehandlung, z.B. mittels Telekobaltgeräten und Linearbeschleunigern	68
6	8-524	Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes in Körperhöhlen oder der Körperoberfläche	17
7	8-525	Sonstige Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes	5

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-[3].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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)	1,17	1,17	0	0	1,17	534,2
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,17	1,17	0	0	1,17	534,2

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,54	9,54	0	0	9,54	65,5
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,02	0,02	0	0	0,02	31250,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,23	0,23	0	0	0,23	2717,4

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

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

B-[4] Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

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

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

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Name/Funktion:	Herr Dr. medic. (RO) Ion André Müller-Funogea, Chefarzt
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:	http://www.marien-hospital.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse <i>In Zusammenarbeit mit der Klinik für Senologie und Onkologie.</i>
2	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren <i>Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Onkologen, Strahlentherapeuten, Chirurgen und Urologen (Tumorkonferenz), wenn möglich minimal-invasive Operation (Stadium abhängig).</i>
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes <i>Beratung und Therapie. Zertifiziert als "Babyfreundliches Krankenhaus" WHO und UNICEF.</i>
4	Spezialprechstunde <i>Inkontinenz/ Descensus, Geburtsvorbereitung, Myome. Minimal-invasive (Bauchspiegelung und Gebärmutterspiegelung), organerhaltende Myomentfernung. Myomembolisation. Falls erforderlich, minimal-invasive Teil- oder Totalentfernung der Gebärmutter.</i>
5	Inkontinenzchirurgie <i>In Zusammenarbeit mit der Klinik für Urologie und Onkologie im Hause.</i>
6	Ambulante Entbindung <i>Zertifiziert als "Babyfreundliches Krankenhaus" nach WHO und UNICEF.</i>
7	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane <i>Diagnostische Laparoskopie (Bauchspiegelung) und Hysteroskopie (Gebärmutterspiegelung) als ambulante OP.</i>
8	Geburtshilfliche Operationen <i>Kaiserschnitt nach der sanften Methode (Misgaw-Ladach), Kaisergeburt.</i>
9	Pränataldiagnostik und -therapie <i>Farbdoppleruntersuchungen</i>
10	Gynäkologische Chirurgie <i>Bis zur großen interdisziplinären Krebschirurgie. Immunfluoreszenz Laparoskopie zur Darstellung der Wächter-Lymphknoten bei Gebärmutterkrebs.</i>
11	Endoskopische Operationen <i>Das ganze Spektrum der gynäkologischen minimal-invasiven Operationen wird angeboten, bei gewählten Indikationen auch in 3D durchführbar.</i>
12	Verankerungssysteme mit künstlichen Bändern <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>
13	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse <i>In Zusammenarbeit mit der Klinik für Senologie und Onkologie.</i>
14	Betreuung von Risikoschwangerschaften <i>Diagnostik / Therapie</i>
15	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	2923
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	961
2	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	264
3	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	129
4	O71.4	Hoher Scheidenriss unter der Geburt ohne Dammriss	90
5	O80	Normale Geburt eines Kindes	84
6	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	76
7	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	70
8	O48	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht	63
9	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	59
10	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	41
11	D27	Gutartiger Eierstocktumor	38
12	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	37
13	O70.2	Dammriss 3. Grades unter der Geburt	32
14	N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie	31
15	N81.0	Urethrozele bei der Frau	31
16	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	30
17	N81.5	Vaginale Enterozele	27
18	D25.2	Subseröses Leiomyom des Uterus	26
19	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	25
20	O64.1	Geburtshindernis durch Beckenendlage	25
21	O75.6	Protrahierte Geburt nach spontanem oder nicht näher bezeichnetem Blasensprung	24

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	23
23	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	22
24	N81.1	Zystozele	20
25	N85.0	Glanduläre Hyperplasie des Endometriums	18
26	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	18
27	N81.6	Rektozele	18
28	O00.1	Tubargravidität	17
29	P59.9	Neugeborenenikterus, nicht näher bezeichnet	16
30	O63.1	Protrahiert verlaufende Austreibungsperiode (bei der Geburt)	15

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Neugeborene	961
2	O70	Dammriss während der Geburt	425
3	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	182
4	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	111
5	O71	Sonstige Verletzung während der Geburt	91
6	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	89
7	O80	Normale Geburt eines Kindes	84
8	O48	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht	63
9	O64	Geburtshindernis durch falsche Lage bzw. Haltung des ungeborenen Kindes kurz vor der Geburt	52
10	O42	Vorzeitiger Blasensprung	48

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	961
2	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	264
3	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	129
4	O71.4	Hoher Scheidenriss unter der Geburt ohne Dammriss	90

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
5	O80	Normale Geburt eines Kindes	84
6	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	76
7	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	70
8	O48	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht	63
9	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	59
10	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	41
11	D27	Gutartiger Eierstocktumor	38
12	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	37
13	O70.2	Dammriss 3. Grades unter der Geburt	32
14	N99.3	Prolaps des Scheidenstumpfes nach Hysterektomie	31
15	N81.0	Urethrozele bei der Frau	31
16	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	30
17	N81.5	Vaginale Enterozele	27
18	D25.2	Subseröses Leiomyom des Uterus	26
19	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	25
20	O64.1	Geburtshindernis durch Beckenendlage	25
21	O75.6	Protrahierte Geburt nach spontanem oder nicht näher bezeichnetem Blasensprung	24
22	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	23
23	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	22
24	N81.1	Zystozele	20
25	N81.6	Rektozele	18
26	N85.0	Glanduläre Hyperplasie des Endometriums	18

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
27	C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	18
28	O00.1	Tubargravidität	17
29	O26.8	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	16
30	P59.9	Neugeborenenikterus, nicht näher bezeichnet	16

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	1032
2	9-500.0	Patientenschulung: Basisschulung	868
3	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	435
4	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	405
5	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	366
6	5-707.31	Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes: Enterozelenplastik mit alloplastischem Material: Vaginal	129
7	5-932.02	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Mit Titanbeschichtung	124
8	5-704.01	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Mit alloplastischem Material	124
9	5-704.4g	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, mit alloplastischem Material	114
10	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	108
11	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	76
12	5-593.20	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	67
13	5-682.02	Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)	66
14	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	60
15	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	59

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	5-728.0	Vakuummentbindung: Aus Beckenausgang	57
17	5-704.11	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Mit alloplastischem Material	56
18	5-728.1	Vakuummentbindung: Aus Beckenmitte	48
19	5-593.01	Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit autogenem Material: Pubokokzygeusplastik	47
20	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	45
21	5-758.5	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva und Naht des Sphincter ani	34
22	8-560.2	Lichttherapie: Lichttherapie des Neugeborenen (bei Hyperbilirubinämie)	30
23	5-704.5g	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Vaginal, mit alloplastischem Material	22
24	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	20
25	5-683.23	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovarektomie, beidseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)	20
26	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	17
27	5-704.6a	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Vaginal, mit alloplastischem Material	17
28	5-756.1	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal): Instrumentell	17
29	5-712.0	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vulva: Exzision	17
30	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovarektomie: Vaginal	17

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	1038
2	9-500	Patientenschulung	871
3	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	435
4	5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	424

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	405
6	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	366
7	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	213
8	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	146
9	5-707	Wiederherstellende Operation am kleinen Becken bzw. am Raum zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum)	132
10	5-593	Operation zur Anhebung des Blasenhalses bei Blasenschwäche mit Zugang durch die Scheide	115

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	GYNÄKOLOGISCHE AMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VG19 - Ambulante Entbindung
	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	VG05 - Endoskopische Operationen
	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
	VG17 - Reproduktionsmedizin
	VG16 - Urogynäkologie
	<i>Kolposkopie (Scheidenspiegelung), Ultraschall, Probeentnahmen an den äußeren Genitalorganen, Dopplersonographie in der Schwangerschaft, Urogynäkologie (zertifizierte Beratungsstelle), Therapien: Ausschabungen, Konisationen.</i>
2	RICHTLINIE ÜBER DIE AMBULANTE BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS NACH § 116B SGB V
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	LEISTUNGEN:
	LK15 - Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen
3	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung	211
2	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	133
3	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt	67
4	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	35
5	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	17
6	5-671	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals	10
7	1-472	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt	7
8	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	4
9	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	4
10	5-469	Sonstige Operation am Darm	< 4

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)	9,29	9,29	0	0	9,29	314,6
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,26	7,26	0	0	7,26	402,6

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].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,22	10,22	0	0	10,22	286,0
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,75	0,75	0	0	0,75	3897,3
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,6	1,6	0	0	1,6	1826,9
Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,31	11,31	0	0	11,31	258,4
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,02	0,02	0	0	0,02	146150,0

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Qualitätsmanagement

ZUSATZQUALIFIKATIONEN

2 Dekubitusmanagement

B-[5] Klinik für Urologie

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

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

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2200) Urologie

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

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

B-[5].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
2	Spezialprechstunde
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
9	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
10	Prostatazentrum
11	Kinderurologie
	<i>Enuresis Sprechstunde. Hodenfehlslage, Hypospadie und Rekonstruktion des Harntraktes</i>
12	Behandlung von onkologischen Erkrankungen
13	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
14	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
15	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	<i>Niere 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>

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

Vollstationäre Fallzahl:	1362
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	167
2	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	112
3	N20.1	Ureterstein	104
4	N13.5	Abknickung und Strikturen des Ureters ohne Hydronephrose	102

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	60
6	N20.0	Nierenstein	57
7	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	55
8	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	52
9	C61	Prostatakrebs	49
10	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	36
11	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	29
12	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	26
13	N13.6	Pyonephrose	25
14	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	23
15	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	18
16	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	16
17	N30.0	Akute Zystitis	15
18	N32.0	Blasenhalsobstruktion	15
19	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	14
20	N30.8	Sonstige Zystitis	14
21	N43.3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet	12
22	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	12
23	N41.3	Prostatazystitis	12
24	C67.4	Bösartige Neubildung: Hintere Harnblasenwand	11
25	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	11
26	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	8
27	C67.0	Bösartige Neubildung: Trigonum vesicae	8
28	C67.3	Bösartige Neubildung: Vordere Harnblasenwand	8
29	R39.1	Sonstige Miktionsstörungen	8
30	N47	Vergrößerung der Vorhaut, Vorhautverengung bzw. Abschnürung der Eichel durch die Vorhaut	8

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	365
2	C67	Harnblasenkrebs	170
3	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	168

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	60
5	N30	Entzündung der Harnblase	58
6	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	55
7	N32	Sonstige Krankheit der Harnblase	52
8	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	49
9	C61	Prostatakrebs	49
10	N35	Verengung der Harnröhre	32

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	N13.2	Hydronephrose bei Obstruktion durch Nieren- und Ureterstein	167
2	C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend	112
3	N20.1	Ureterstein	104
4	N13.5	Abknickung und Striktor des Ureters ohne Hydronephrose	102
5	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	60
6	N20.0	Nierenstein	57
7	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	55
8	N13.1	Hydronephrose bei Ureterstriktur, anderenorts nicht klassifiziert	52
9	C61	Prostatakrebs	49
10	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	36
11	N32.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	29
12	N35.8	Sonstige Harnröhrenstriktur	26
13	N13.6	Pyonephrose	25
14	N30.2	Sonstige chronische Zystitis	23
15	C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand	18
16	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	16

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
17	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	16
18	N30.0	Akute Zystitis	15
19	N32.0	Blasenhalsobstruktion	15
20	N30.8	Sonstige Zystitis	14
21	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	14
22	N41.3	Prostatazystitis	12
23	N43.3	Hydrozele, nicht näher bezeichnet	12
24	C67.4	Bösartige Neubildung: Hintere Harnblasenwand	11
25	N13.3	Sonstige und nicht näher bezeichnete Hydronephrose	11
26	C67.0	Bösartige Neubildung: Trigonum vesicae	8
27	N47	Vergrößerung der Vorhaut, Vorhautverengung bzw. Abschnürung der Eichel durch die Vorhaut	8
28	N45.0	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis mit Abszess	8
29	N45.9	Orchitis, Epididymitis und Epididymoorchitis ohne Abszess	8
30	R39.1	Sonstige Miktionsstörungen	8

B-[5].6.3 Kompetenzdiagnosen

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-336	Messung der Harnröhrenweite	1073
2	8-132.3	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, kontinuierlich	1026
3	3-13d.5	Urographie: Retrograd	916
4	5-573.40	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	243
5	8-132.1	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, einmalig	149
6	3-13d.0	Urographie: Intravenös	114
7	8-132.2	Manipulationen an der Harnblase: Spülung, intermittierend	103
8	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	87

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	1-334.x	Urodynamische Untersuchung: Sonstige	84
10	5-570.4	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade, transurethral	76
11	3-13f	Röntgendarstellung der Harnblase mit Kontrastmittel	75
12	8-132.0	Manipulationen an der Harnblase: Instillation	69
13	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	67
14	5-561.7	Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums: Bougierung, transurethral	65
15	5-601.0	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	63
16	5-573.41	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävlinsäure	58
17	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	54
18	3-13d.6	Urographie: Perkutan	53
19	5-573.1	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Inzision des Harnblasenhalses	52
20	1-100	Klinische Untersuchung in Vollnarkose	51
21	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	42
22	5-550.21	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Ureterorenoskopisch	41
23	8-132.x	Manipulationen an der Harnblase: Sonstige	39
24	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	36
25	8-133.0	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel	32
26	5-550.1	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	29
27	5-601.1	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	27
28	5-98b	Untersuchung des Harnleiters und Nierenbeckens mit einem schlauchförmigen Instrument, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	24
29	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	20

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	5-579.42	Andere Operationen an der Harnblase: Operative Blutstillung: Transurethral	20

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	1386
2	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	1083
3	1-336	Messung der Harnröhrenweite	1073
4	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	358
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	133
6	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	124
7	5-550	Operativer Einschnitt in die Niere, Einbringen eines Schlauches zur Harnableitung aus der Niere, Steinentfernung durch operativen Einschnitt, Erweiterung des Nierenbeckens bzw. Steinentfernung durch eine Spiegelung	102
8	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	87
9	1-334	Untersuchung von Harntransport und Harnentleerung	87
10	5-570	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	80

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	UROLOGISCHE AMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VU00 - Wechsel Neueinlagen von Nierenkathetern und Harnleitersonden (alle Kassen)
	VU17 - Prostatazentrum
	<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
	LEISTUNGEN:
	VU00 - Enuresidiagnostik und Therapie mit computergesütztem Bio-Feed-back-Training bei Kindern (alle Kassen)
	VU00 - Kontinenzdiagnostik inkl. Urodynamik und Therapie
	VU08 - Kinderurologie

2	ANGEBOT DER AMBULANTEN BEHANDLUNG DURCH DIE FACHBEREICHE UROLOGIE UND STRAHLENTHERAPIE. URODYNAMIK/UROLOGISCHE FUNKTIONSDIAGNOSTIK
	VU17 - Prostatazentrum
	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
	Wechsel Neueinlagen von Nierenkathetern und Harnleitersonden (alle Kassen) (VU00), Prostatazentrum (VU17), Wechsel Neueinlagen von Nierenkathetern und Harnleitersonden,
3	RICHTLINIE ÜBER DIE AMBULANTE BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS NACH § 116B SGB V
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	LEISTUNGEN:
	LK02 - Brachytherapie
4	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	210
2	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	85
3	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	48
4	8-110	Harnsteinzertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen	18
5	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	12
6	5-582	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre	11
7	5-581	Operative Erweiterung des Harnröhrenausganges	8
8	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	7
9	5-631	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden	5
10	5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	< 4

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)	6,16	6,16	0	0	6,16	221,1
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,23	4,23	0	0	4,23	322,0

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Urologie

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Andrologie
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
3	Medikamentöse Tumorthherapie
4	Palliativmedizin

B-[5].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	14,47	14,47	0	0	14,47	94,1
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,26	0,26	0	0	0,26	5238,5
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,21	0,21	0	0	0,21	6485,7

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,09	1,09	0	0	1,09	1249,5
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,47	0,47	0	0	0,47	2897,9

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Qualitätsmanagement
2	Kontinenzmanagement

B-[6] Klinik für Senologie und Brustchirurgie

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

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

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[6].1.2 Name des Chefarztes 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, Leitende Oberärztin
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:	http://www.marien-hospital.de

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

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

Keine Vereinbarung geschlossen

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Allgemeines Leistungsspektrum <i>Bei den brustchirurgischen, strahlentherapeutischen und onkologischen Maßnahmen können wir daher Ihre persönliche Präferenz und bei der Behandlung auch komplementäre Aspekte berücksichtigen.</i>
2	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse <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>
3	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse <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>
4	Kernleistungen III <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>
5	Gynäkologische Chirurgie <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>
6	Spezialprechstunde <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>
7	Kernleistungen IV <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>
8	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse <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>
9	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie <i>Hochauflösende Mamma-Sonographie und sonographisch gesteuerte Biopsie und Lokalisation - Brusterhaltung und onkoplastische Brustchirurgie - Therapeutische und prophylaktische Brustchirurgie - Wächterlymphknotendiagnostik und schonende Lymphknoten-chirurgie</i>
10	Tumorchirurgie <i>In der Tumorkonferenz wird das optimale Zusammenwirken von Operation, Bestrahlung, systemischer Therapie und Nachsorge ergebnissicher für jede einzelne Patientin und jeden Patienten individuell abgestimmt.</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
11	Intraoperative Bestrahlung <i>Brustchirurgie in Verbindung mit Intraoperativer Strahlentherapie OERT (MOBETRON mit hochwirksamem Elektronen-Boost) Individuelles Operationsangebot: Korrekturen von Fehlbildungen, Brustverkleinerungen und Brustvergrößerungen.</i>
12	Mammachirurgie <i>Brustkrebs sollte nicht notfallmäßig und überstürzt operiert werden. Es bedarf für den Langzeiterfolg einer präzisen Planung und einer exzellenten Durchführung, um ein onkologisch sicheres sowie ästhetisch einwandfreies Ergebnis zu erzielen.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	617
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	167
2	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	105
3	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	66
4	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	34
5	D24	Gutartiger Brustdrüsentumor	31
6	C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	24
7	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	21
8	C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	21
9	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	19
10	N62	Übermäßige Vergrößerung der Brustdrüse	16
11	N61	Entzündung der Brustdrüse	15
12	N60.8	Sonstige gutartige Mammadysplasien	15
13	T85.4	Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat	14
14	Z40.00	Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen: Prophylaktische Operation an der Brustdrüse [Mamma]	8
15	T85.82	Kapselfibrose der Mamma durch Mammaprothese oder -implantat	5
16	N60.2	Fibroadenose der Mamma	5
17	N60.1	Diffuse zystische Mastopathie	4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	N64.5	Sonstige Symptome der Mamma	< 4
19	D05.0	Lobuläres Carcinoma in situ der Brustdrüse	< 4
20	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
21	N60.0	Solitärzyste der Mamma	< 4
22	C50.6	Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse	< 4
23	Q83.88	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma	< 4
24	L59.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	< 4
25	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
26	C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität	< 4
27	N64.1	Fettgewebsnekrose der Mamma	< 4
28	C50.0	Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	< 4
29	O91.20	Nichteitrige Mastitis im Zusammenhang mit der Gestation: Ohne Angabe von Schwierigkeiten beim Anlegen	< 4
30	Q83.1	Akzessorische Mamma	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C50	Brustkrebs	396
2	D05	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) der Brustdrüse	69
3	D24	Gutartiger Brustdrüsentumor	31
4	N60	Gutartige Zell- und Gewebeveränderungen der Brustdrüse	28
5	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdkörper (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	19
6	N62	Übermäßige Vergrößerung der Brustdrüse	16
7	N61	Entzündung der Brustdrüse	15
8	Z40	Vorbeugende Operationen zur Verhütung von Krankheiten	8
9	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	5
10	N64	Sonstige Krankheit der Brustdrüse	5

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	167
2	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	105
3	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	66
4	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	34
5	D24	Gutartiger Brustdrüsentumor	31
6	C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	24
7	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	21
8	C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	21
9	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	19
10	N62	Übermäßige Vergrößerung der Brustdrüse	16
11	N61	Entzündung der Brustdrüse	15
12	N60.8	Sonstige gutartige Mammadysplasien	15
13	T85.4	Mechanische Komplikation durch Mammaprothese oder -implantat	14
14	Z40.0	Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen	8
15	N60.2	Fibroadenose der Mamma	5
16	T85.8	Sonstige Komplikationen durch interne Prothesen, Implantate oder Transplantate, anderenorts nicht klassifiziert	5
17	N60.1	Diffuse zystische Mastopathie	4
18	D05.0	Lobuläres Carcinoma in situ der Brustdrüse	< 4
19	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
20	N64.5	Sonstige Symptome der Mamma	< 4
21	Q83.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma	< 4
22	N60.0	Solitärzyste der Mamma	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
23	C50.6	Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse	< 4
24	L59.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	< 4
25	D68.3	Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper	< 4
26	N64.1	Fettgewebsnekrose der Mamma	< 4
27	O91.2	Nichteitrige Mastitis im Zusammenhang mit der Gestation	< 4
28	C50.0	Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	< 4
29	Q83.1	Akzessorische Mamma	< 4
30	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)	84
2	5-870.a3	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie	73
3	8-523.6	Andere Hochvoltstrahlentherapie: Intraoperative Strahlentherapie	60
4	5-870.a6	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch gestielte Fernlappenplastik	56
5	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	53
6	5-886.30	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subkutan: Ohne gewebeverstärkendes Material	44
7	5-407.02	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1 und 2	40
8	5-885.6	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Gestieltes Haut-Muskel-Transplantat [myokutaner Lappen], ohne Prothesenimplantation	37

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	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)	30
10	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	28
11	5-884.2	Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	22
12	5-911.1a	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Brustwand und Rücken	21
13	5-886.40	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subpektoral: Ohne gewebeverstärkendes Material	21
14	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	18
15	5-889.30	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose, Prothesenwechsel und Formung einer neuen Tasche: Ohne gewebeverstärkendes Material	17
16	5-870.ax	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Sonstige	16
17	5-856.a6	Rekonstruktion von Faszien: Deckung eines Defektes mit allogenem Material: Bauchregion	14
18	5-546.2	Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum: Plastische Rekonstruktion der Bauchwand	13
19	5-874.0	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit Teilresektion des M. pectoralis major	12
20	5-407.03	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1, 2 und 3	11
21	5-877.21	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels durch Mastopexie	10
22	5-404.03	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Axillär: Level 1, 2 und 3	10
23	5-894.1a	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken	10

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	5-877.11	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Hautsparende Mastektomie [SSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels	9
25	5-870.a5	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik	9
26	5-404.02	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Axillär: Level 1 und 2	8
27	5-406.11	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1	8
28	5-882.8	Operationen an der Brustwarze: Plastische Rekonstruktion des Warzenhofes	8
29	1-493.32	Perkutane (Nadel-)Biopsie an anderen Organen und Geweben: Mamma: Durch Stanzbiopsie mit Clip-Markierung der Biopsieregion	8
30	5-406.12	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1 und 2	7

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe	285
2	5-877	Operative Entfernung des Brustdrüsenkörpers ohne Haut, Brustwarze und Warzenvorhof und hautsparendes Operationsverfahren	78
3	5-886	Sonstige wiederherstellende Operation an der Brustdrüse	76
4	8-523	Sonstige Form der hochenergetischen Strahlenbehandlung, z.B. mittels Telekobaltgeräten und Linearbeschleunigern	60
5	5-407	Entfernung sämtlicher Lymphknoten einer Region im Rahmen einer anderen Operation	56
6	5-872	Komplette operative Entfernung der Brustdrüse	54
7	5-885	Wiederherstellende Operation an der Brustdrüse mit Haut- und Muskelverpflanzung (Transplantation)	40
8	5-889	Sonstige Operation an der Brustdrüse	23
9	5-884	Operative Brustverkleinerung	22
10	5-911	Operation zur Straffung der Haut bzw. Unterhaut und Entfernung von Fettgewebe, außer im Gesicht	21

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)	4	4	0	0	4	154,3
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4	4	0	0	4	154,3

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	7,68	7,68	0	0	7,68	80,3
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,76	0,76	0	0	0,76	811,8
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1	1	0	0	1	617,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,01	0,01	0	0	0,01	61700,0

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

	ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Pflege in der Onkologie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Palliative Care
3	Qualitätsmanagement

B-[7] Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

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

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

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3751) Radiologie

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

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

B-[7].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Rochusstr. 2
PLZ/Ort:	40479 Düsseldorf
URL:	http://www.marien-hospital.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:	Keine Vereinbarung 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].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe

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

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	4275
2	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	1582
3	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	1562
4	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	1488
5	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	1205
6	3-600	Röntgendarstellung der Schlagadern im Schädel mit Kontrastmittel	980
7	3-13d.5	Urographie: Retrograd	966
8	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	658
9	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	597
10	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	521
11	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	409
12	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	404
13	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	363
14	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	303
15	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	294
16	3-137	Röntgendarstellung der Speiseröhre mit Kontrastmittel	224
17	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	169
18	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	148
19	3-13d.0	Urographie: Intravenös	123

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
20	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	123
21	3-82a	Kernspintomographie (MRT) des Beckens mit Kontrastmittel	120
22	3-823	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	112
23	3-13a	Röntgendarstellung des Dickdarms mit Kontrastmitteleinlauf	108
24	3-821	Kernspintomographie (MRT) des Halses mit Kontrastmittel	95
25	3-138	Röntgendarstellung des Magens mit Kontrastmittel	94
26	3-13f	Röntgendarstellung der Harnblase mit Kontrastmittel	94
27	3-201	Computertomographie (CT) des Halses ohne Kontrastmittel	77
28	3-804	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes ohne Kontrastmittel	66
29	3-13d.6	Urographie: Perkutan	59
30	3-611.0	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax: Obere Hohlvene	57

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	4275
2	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	1582
3	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	1562
4	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	1488
5	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	1205
6	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	1148
7	3-600	Röntgendarstellung der Schlagadern im Schädel mit Kontrastmittel	980
8	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	658
9	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	597
10	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	521

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:	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)	8,8	8,8	0	0	8,8	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,29	5,29	0	0	5,29	0,0

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Radiologie

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[7].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

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

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

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

B-[8] Klinik für Augenheilkunde

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

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

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2700) Augenheilkunde

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

Name/Funktion:	Frau Dr. med. Katja Severing, komm. Leitung
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:	http://www.marien-hospital.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:	Keine Vereinbarung 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 i-stent und Canaloplastien</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
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:	804
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	478
2	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	62
3	H26.0	Infantile, juvenile und präsenile Katarakt	20
4	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	19
5	H35.3	Degeneration der Makula und des hinteren Poles	18
6	H18.5	Hereditäre Hornhautdystrophien	18
7	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	17
8	H04.5	Stenose und Insuffizienz der Tränenwege	12
9	H11.0	Pterygium	10
10	H34.8	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss	9
11	H47.0	Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert	8
12	H40.2	Primäres Engwinkelglaukom	8
13	H46	Entzündung des Sehnervs	6
14	H16.0	Ulcus corneae	6
15	T85.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Augenprothesen, -implantate oder -transplantate	6
16	H40.0	Glaukomverdacht	5
17	H34.2	Sonstiger Verschluss retinaler Arterien	5
18	T86.83	Versagen und Abstoßung: Hornhauttransplantat des Auges	5
19	H50.1	Strabismus concomitans divergens	5
20	H27.0	Aphakie	5
21	H43.1	Glaskörperblutung	4
22	E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	4
23	B02.3	Zoster ophthalmicus	4
24	H27.1	Luxation der Linse	4
25	H47.2	Optikusatrophie	< 4
26	H18.8	Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Hornhaut	< 4
27	H02.1	Ektropium des Augenlides	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	H18.1	Keratopathia bullosa	< 4
29	H35.8	Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Netzhaut	< 4
30	H44.1	Sonstige Endophthalmitis	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	H25	Grauer Star im Alter - Katarakt	480
2	H40	Grüner Star - Glaukom	95
3	H18	Sonstige Krankheit oder Veränderung der Hornhaut des Auges	27
4	H35	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Netzhaut des Auges	26
5	H26	Sonstiger Grauer Star	23
6	C44	Sonstiger Hautkrebs	17
7	H34	Verschluss einer Ader in der Netzhaut des Auges	16
8	H04	Krankheit bzw. Veränderung des Tränenapparates	12
9	H47	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Sehnervs oder der Sehbahn	12
10	H11	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Bindehaut des Auges	10

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	H25.1	Cataracta nuclearis senilis	478
2	H40.1	Primäres Weitwinkelglaukom	62
3	H26.0	Infantile, juvenile und präsenile Katarakt	20
4	H40.5	Glaukom (sekundär) nach sonstigen Affektionen des Auges	19
5	H18.5	Hereditäre Hornhautdystrophien	18
6	H35.3	Degeneration der Makula und des hinteren Poles	18
7	C44.1	Sonstige bösartige Neubildungen: Haut des Augenlides, einschließlich Kanthus	17
8	H04.5	Stenose und Insuffizienz der Tränenwege	12
9	H11.0	Pterygium	10
10	H34.8	Sonstiger Netzhautgefäßverschluss	9

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
11	H40.2	Primäres Engwinkelglaukom	8
12	H47.0	Affektionen des N. opticus, anderenorts nicht klassifiziert	8
13	H46	Entzündung des Sehnervs	6
14	T85.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Augenprothesen, -implantate oder -transplantate	6
15	H16.0	Ulcus corneae	6
16	H50.1	Strabismus concomitans divergens	5
17	H40.0	Glaukomverdacht	5
18	H34.2	Sonstiger Verschluss retinaler Arterien	5
19	H27.0	Aphakie	5
20	T86.8	Versagen und Abstoßung sonstiger transplanterter Organe und Gewebe	5
21	H43.1	Glaskörperblutung	4
22	E05.0	Hyperthyreose mit diffuser Struma	4
23	H27.1	Luxation der Linse	4
24	B02.3	Zoster ophthalmicus	4
25	H18.1	Keratopathia bullosa	< 4
26	H18.8	Sonstige näher bezeichnete Affektionen der Hornhaut	< 4
27	H47.2	Optikusatrophie	< 4
28	H02.1	Ektropium des Augenlides	< 4
29	H35.0	Retinopathien des Augenhintergrundes und Veränderungen der Netzhautgefäße	< 4
30	L82	Alterswarzen	< 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	498
2	5-156.9	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	105
3	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	70

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	5-133.7	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Aspiration am Trabekelwerk bei Pseudoexfoliationsglaukom	46
5	5-133.9	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Trabekuläre Shunt-Implantation	38
6	3-300.0	Optische Kohärenztomographie [OCT]: Retina	35
7	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	29
8	8-170.1	Therapeutische Spülung (Lavage) des Auges: Tränenwege	21
9	8-020.0	Therapeutische Injektion: Auge	18
10	5-158.00	Pars-plana-Vitrektomie: Vordere Vitrektomie über Pars plana: Elektrolytlösung	16
11	5-125.01	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Hornhauttransplantation, lamellär: Posterior	15
12	8-149.0	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage: Therapeutische Sondierung der Tränenwege	14
13	5-137.7	Andere Operationen an der Iris: Temporäre chirurgische Pupillenerweiterung	11
14	5-132.2x	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare: Zyklophotokoagulation: Sonstige	10
15	5-086.31	Rekonstruktion des Tränenkanals und Tränenpunktes: Rekonstruktion des Tränenkanals: Mit sonstiger Intubation	9
16	5-122.4	Operationen bei Pterygium: Exzision mit sonstiger Plastik oder freiem Transplantat	8
17	5-084.10	Inzision von Tränensack und sonstigen Tränenwegen: Sonstige Tränenwege: Ohne weitere Maßnahmen	8
18	3-300.x	Optische Kohärenztomographie [OCT]: Sonstige	8
19	5-096.10	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Durch Verschiebeplastik der Lidkante: Mit Kanthotomie	7
20	5-131.01	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Gedeckte Goniotrepation oder Trabekulektomie: Mit Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung	7
21	5-158.41	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung netzhautabhebender Membranen: Luft	6
22	5-096.20	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Durch Transplantation: Haut	5
23	5-149.21	Andere Operationen an der Linse: Sonderform der Intraokularlinse: Torische Intraokularlinse	5
24	5-145.26	Andere Linsenextraktionen: Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper: Mit Einführung einer irisfixierten Vorderkammerlinse	4
25	5-147.1	Revision und Entfernung einer alloplastischen Linse: Revision einer Hinterkammerlinse	4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	5-154.3	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Endotamponade (Gas)	4
27	5-129.2	Andere Operationen an der Kornea: Deckung der Kornea durch eine Amnionmembran	4
28	5-158.21	Pars-plana-Vitrektomie: Mit Entfernung epiretinaler Membranen: Luft	4
29	9-984.2	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit)	3
30	5-125.10	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Hornhauttransplantation, perforierend: Nicht HLA-typisiert	3

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	501
2	5-156	Sonstige Operation an der Netzhaut	105
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	103
4	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	84
5	3-300	Spezielles bildgebendes Untersuchungsverfahren, das beispielsweise zur Untersuchung des Augenhintergrundes eingesetzt wird	43
6	5-158	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges und nachfolgender Ersatz mit Zugang über den Strahlenkörper	32
7	8-170	Behandlung durch Spülung (Lavage) des Auges	21
8	5-125	Verpflanzung bzw. künstlicher Ersatz der Hornhaut des Auges	21
9	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken	18
10	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	15

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	369
2	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	303
3	5-142	Operation einer Augenlinsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)	97
4	5-155	Operative Zerstörung von erkranktem Gewebe der Netz- bzw. Aderhaut	64
5	5-093	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides	62
6	5-097	Lidstraffung	44
7	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	17
8	5-112	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Bindehaut des Auges	6
9	5-092	Operation an Augenwinkel bzw. Lidfalte	5
10	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	4

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

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

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche
Arbeitszeiten

40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	5,12	5,12	0	0	5,12	157,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,51	2,51	0	0	2,51	320,3

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

38,5

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,97	6,96	0,01	0	6,97	115,4
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,47	0,47	0	0	0,47	1710,6
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,23	0,23	0	0	0,23	3495,7
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1	1	0	0	1	804,0
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,02	0,02	0	0	0,02	40200,0

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Qualitätsmanagement

B-[9] Klinik für Neurologie

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

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

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2800) Neurologie

B-[9].1.2 Name des Chefarztes 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:	http://www.marien-hospital.de

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

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

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

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

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. Mikroangiopathie)</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:	2452
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63.8	Sonstiger Hirninfarkt	262
2	G40.6	Grand-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit mal)	162
3	G45.92	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	155
4	H81.2	Neuropathia vestibularis	90
5	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	89
6	G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	63
7	I63.1	Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	54
8	I63.2	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	50
9	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	42
10	G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	37

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	37
12	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	36
13	I63.0	Hirninfrakt durch Thrombose präzerebraler Arterien	32
14	G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	31
15	I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung	30
16	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	29
17	F45.8	Sonstige somatoforme Störungen	27
18	G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression	24
19	I67.3	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	24
20	A87.9	Virusmeningitis, nicht näher bezeichnet	24
21	F45.0	Somatisierungsstörung	24
22	G45.82	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	24
23	R20.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sensibilitätsstörungen der Haut	23
24	G91.20	Idiopathischer Normaldruckhydrozephalus	22
25	G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	22
26	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	21
27	G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet	21
28	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	20
29	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	19
30	G44.2	Spannungskopfschmerz	18

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfrakt	505
2	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	246
3	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	240

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	G35	Chronisch entzündliche Krankheit des Nervensystems - Multiple Sklerose	144
5	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	132
6	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	61
7	G04	Entzündung des Gehirns bzw. des Rückenmarks	55
8	G61	Entzündung mehrerer Nerven	54
9	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	49
10	G43	Migräne	49

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I63.8	Sonstiger Hirninfarkt	262
2	G45.9	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet	167
3	G40.6	Grand-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit mal)	162
4	G35.1	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf	94
5	H81.2	Neuropathia vestibularis	90
6	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	89
7	I63.1	Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien	54
8	I63.2	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien	50
9	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	42
10	G61.0	Guillain-Barré-Syndrom	37
11	G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	37
12	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	36
13	I63.0	Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien	32

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
14	G20.1	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung	32
15	I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung	30
16	G45.8	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	28
17	G35.3	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf	28
18	F45.8	Sonstige somatoforme Störungen	27
19	A87.9	Virusmeningitis, nicht näher bezeichnet	24
20	F45.0	Somatisierungsstörung	24
21	I67.3	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	24
22	R20.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Sensibilitätsstörungen der Haut	23
23	G62.8	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien	23
24	G91.2	Normaldruckhydrozephalus	22
25	G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet	21
26	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	21
27	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	20
28	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	19
29	G44.2	Spannungskopfschmerz	18
30	R51	Kopfschmerz	17

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	1452
2	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch (SSEP)	675
3	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	599
4	1-208.4	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch	523

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	1-206	Untersuchung der Nervenleitung - ENG	386
6	8-981.0	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden	320
7	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell (VEP)	296
8	8-981.1	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden	273
9	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	217
10	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	212
11	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	195
12	1-208.0	Registrierung evozierter Potentiale: Akustisch (AEP)	143
13	1-205	Messung der elektrischen Aktivität der Muskulatur - EMG	140
14	1-208.x	Registrierung evozierter Potentiale: Sonstige	130
15	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	104
16	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	89
17	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	79
18	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	60
19	9-984.2	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit)	32
20	1-207.1	Elektroenzephalographie (EEG): Schlaf-EEG (10/20 Elektroden)	29
21	8-151.4	Therapeutische perkutane Punktion des Zentralnervensystems und des Auges: Lumbalpunktion	25
22	6-003.f0	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Natalizumab, parenteral: 300 mg bis unter 600 mg	22
23	8-810.wd	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 145 g bis unter 165 g	19
24	8-810.wa	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 85 g bis unter 105 g	18
25	5-377.8	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Ereignis-Rekorder	18
26	8-810.w7	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 55 g bis unter 65 g	13

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	8-810.w5	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Human-Immunglobulin, polyvalent: 35 g bis unter 45 g	13
28	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	12
29	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	11
30	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	10

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	1767
2	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	1486
3	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	601
4	8-981	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls	593
5	1-206	Untersuchung der Nervenleitung - ENG	386
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	345
7	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	217
8	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	212
9	1-205	Messung der elektrischen Aktivität der Muskulatur - EMG	140
10	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	91

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, STRIKE UNIT
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:

3	NEUROLOGISCHE NOTFALLAMBULANZ, STRIKE UNIT
	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

B-[9].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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

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

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	16,39	16,39	0	0	16,39	149,6
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,26	6,26	0	0	6,26	391,7

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	40
---	----

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	28,03	28,03	0	0	28,03	87,5
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	1	1	0	0	1	2452,0
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1	1	0	0	1	2452,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,58	1,58	0	0	1,58	1551,9
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,8	0,8	0	0	0,8	3065,0

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Kinästhetik
2	Qualitätsmanagement

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
3	Endoskopie/Funktionsdiagnostik

B-[10] Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

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

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

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1600) Unfallchirurgie

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

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:	http://www.marien-hospital.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:	Keine Vereinbarung 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, Schultergelenk, Ellenbogen, Hand (z.B. "Skidaumen"), Knie.</i>
18	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen <i>Entzündungen nach fehlgeschlagenen Knochenbruch-Operationen.</i>
19	Spezialprechstunde
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:	931
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06.0	Gehirnerschütterung	152
2	K07.1	Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses	57
3	S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile	43
4	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	38
5	S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	26
6	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	23
7	S72.03	Schenkelhalsfraktur: Subkapital	22
8	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	17
9	S52.01	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon	16
10	S82.82	Trimalleolarfraktur	15
11	S42.24	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Tuberculum majus	15
12	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	15
13	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	14
14	S22.43	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von drei Rippen	14
15	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	12
16	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	12
17	S52.11	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Kopf	12
18	S82.81	Bimalleolarfraktur	11
19	S80.1	Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels	10
20	S32.5	Fraktur des Os pubis	10
21	T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	8
22	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	8
23	S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel	8
24	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	7
25	S32.89	Fraktur: Sonstige und multiple Teile des Beckens	7

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	S86.0	Verletzung der Achillessehne	7
27	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	6
28	S43.1	Luxation des Akromioklavikulargelenkes	6
29	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	6
30	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	6

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06	Verletzung des Schädelinneren	160
2	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	109
3	S52	Knochenbruch des Unterarmes	102
4	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	100
5	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	86
6	K07	Veränderung der Kiefergröße bzw. der Zahnstellung einschließlich Fehlbiss	57
7	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	39
8	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	28
9	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	17
10	M75	Schulterverletzung	15

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	S06.0	Gehirnerschütterung	152
2	S42.2	Fraktur des proximalen Endes des Humerus	63
3	S52.5	Distale Fraktur des Radius	62
4	K07.1	Anomalien des Kiefer-Schädelbasis-Verhältnisses	57
5	S72.1	Pertrochantäre Fraktur	50
6	S72.0	Schenkelhalsfraktur	47
7	S82.8	Frakturen sonstiger Teile der Unterschenkels	29
8	S22.4	Rippenserienfraktur	25
9	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	23

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
10	S52.0	Fraktur des proximalen Endes der Ulna	19
11	S42.0	Fraktur der Klavikula	16
12	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	14
13	S82.1	Fraktur des proximalen Endes der Tibia	12
14	S52.1	Fraktur des proximalen Endes des Radius	12
15	S32.8	Fraktur sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Lendenwirbelsäule und des Beckens	10
16	S32.5	Fraktur des Os pubis	10
17	S80.1	Prellung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Unterschenkels	10
18	S22.0	Fraktur eines Brustwirbels	9
19	S82.2	Fraktur des Tibiaschaftes	8
20	T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	8
21	S82.3	Distale Fraktur der Tibia	8
22	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	7
23	S42.4	Fraktur des distalen Endes des Humerus	7
24	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	7
25	S86.0	Verletzung der Achillessehne	7
26	S20.2	Prellung des Thorax	6
27	S43.1	Luxation des Akromioklavikulargelenkes	6
28	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	6
29	S62.3	Fraktur eines sonstigen Mittelhandknochens	5
30	S70.1	Prellung des Oberschenkels	5

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	58

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	50
3	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	49
4	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	49
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	48
6	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	43
7	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	36
8	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	35
9	5-794.k1	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerus proximal	34
10	5-779.4	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Anwendung einer OP-Simulation im Gesichtsbereich bei skelettverlagernden Operationen	34
11	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	29
12	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	26
13	5-794.kr	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Fibula distal	25
14	5-777.30	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-I-Ebene in einem Stück: Ohne Distraction	22
15	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	20
16	5-776.4	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Mit Kontinuitätsdurchtrennung am aufsteigenden Mandibulaast	19
17	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	19
18	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	18
19	5-776.3	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Mit Kontinuitätsdurchtrennung am horizontalen Mandibulaast	17
20	5-794.0n	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia distal	17

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Osteosynthesematerial bei Operationen am Weichteilgewebe	17
22	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und Gelenken der Extremitäten	16
23	5-892.1e	Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Drainage: Oberschenkel und Knie	16
24	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	16
25	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	12
26	5-790.4f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femur proximal	11
27	5-896.1e	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie	11
28	5-778.0	Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht: Naht (nach Verletzung), einschichtig	10
29	5-794.0r	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula distal	10
30	5-794.17	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ulna proximal	10

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	213
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	97
3	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	89
4	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	85
5	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	58
6	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	55

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	50
8	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	49
9	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	43
10	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	42

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE AMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
3	UNFALLCHIRURGISCHE AMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Hand- und Fußchirurgische Operationen
	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	VO15 - Fußchirurgie
	VO16 - Handchirurgie
	VO19 - Schulterchirurgie
	VC30 - Septische Knochenchirurgie
	<i>Entfernen von Platten oder Schrauben aus einem Knochen / Stabilisierung eines Knochenbruchs mittels Drahtfixation</i>

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

B-[10].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	78
2	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	10
3	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	9
4	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	9
5	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	5
6	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	< 4
7	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	< 4
8	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	< 4
9	5-788	Operation an den Fußknochen	< 4
10	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	< 4

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

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

Ja

Stationäre BG-Zulassung:

Ja

B-[10].11 Personelle Ausstattung

B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten

40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	5,92	5,92	0	0	5,92	157,3
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,89	3,89	0	0	3,89	239,3

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	38,5
---	------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,85	6,84	0,01	0	6,85	135,9
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,3	0,3	0	0	0,3	3103,3
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,97	0,97	0	0	0,97	959,8
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,51	0,51	0	0	0,51	1825,5

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Schmerzmanagement
2	Wundmanagement
3	Qualitätsmanagement

B-[11] Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie

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

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

B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[11].1.2 Name des Chefarztes 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:	http://www.marien-hospital.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax <i>Notfallmäßige offene und minimalinvasive Resektionen, Drainagen etc.</i>
2	Chirurgische Intensivmedizin <i>Gemeinsame Therapie der chirurgischen Patienten mit der Anästhesiologie auf der interdisziplinären Intensivstation.</i>
3	Notfallmedizin <i>Notfallversorgung von Notfallpatienten interdisziplinär mit der Unfallchirurgie, Inneren Medizin und Anästhesiologie.</i>
4	Amputationschirurgie <i>Amputation von Gliedmaßen aufgrund von Durchblutungsstörungen in allen Bereichen</i>
5	Magen-Darm-Chirurgie II <i>Minimalinvasive Therapie von Stuhlinkontinenz und obstruktiven Defäkationssyndrom. Zertifiziertes DarmkrebsZentrum der Deutschen Krebsgesellschaft.</i>
6	Minimalinvasive laparoskopische Operationen <i>Gesamtes Spektrum der Tumorchirurgie des End- und Dickdarms, chirurgische Behandlung des Sodbrennens und des Zwerchfellbruchs, Erkrankungen der Gallenblase, entzündliche Darmerkrankungen (Sigmadivertikulitis), spezielle Tumorchirurgie am Magen (Rendezvousverfahren).</i>
7	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen <i>Krampfaderchirurgie mit offener Operationstechnik und halboffener Technik (Stripping).</i>
8	Portimplantation <i>Regelhaft ambulante Operationen in Lokalanästhesie</i>
9	Behandlung von Dekubitalgeschwüren <i>Notfallmaßnahmen, Vakuumtherapie, plastische Deckung.</i>
10	Chirurgie im Interdisziplinären Onkologischen Zentrum <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>
11	Operationen wegen Thoraxtrauma <i>Notfallmäßige Operationen wegen Thoraxtrauma - offen und minimalinvasiv.</i>
12	Aortenaneurysmachirurgie <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>
13	Thorakoskopische Eingriffe <i>Selektive Lungenchirurgie und Pneumothoraxchirurgie mit Einsatz der Thorakoskopie (VATS).</i>
14	Chirurgie im Interdisziplinären Onkologischen Zentrum I <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>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
15	Minimalinvasive endoskopische Operationen <i>In Zusammenarbeit mit der Klinik für Innere Medizin bei Tumoren des Magens oder Dick- und Enddarms individuelle und befundabhängig.</i>
16	Magen-Darm-Chirurgie <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>
17	Endokrine Chirurgie <i>Sämtliche gut- und bösartige Erkrankungen der Schild- und Nebenschilddrüse, der Nebenniere und der Bauchspeicheldrüse.</i>
18	Lungenchirurgie <i>Behandlung von Pneumothorax, Lungenempyem, Hämatothorax in der Regel minimalinvasiv (Video Assistierte Thorak Skopie = VATS).</i>
19	Tumorchirurgie <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>
20	Spezialprechstunde <i>Spezialprechstunden für Koloproktologie, Darmkrebs, vor- und nachstationäre Sprechstunden, Indikationssprechstunde, Schilddrüsenprechstunde, Refluxsprechstunde, Venenchirurgie, Privatsprechstunde.</i>
21	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie <i>Chirurgische Behandlung von Absiedlungen bösartiger Tumore in der Leber oder primärer Leber- oder Gallenwegstumore durch Teilentfernung der Leber und Einsatz der Hochfrequenz-Thermoablation. Chirurgische Therapie gut- und bösartiger Bauchspeicheldrüsenerkrankungen.</i>
22	Speiseröhrenchirurgie <i>Sämtliche gutartige Erkrankungen. Selektive Therapie bei bösartigen Speiseröhrenerkrankungen. Minimalinvasive Behandlung des Sodbrennens und des Zwerchfellbruchs.</i>
23	Chirurgie der peripheren Nerven <i>Entnahme von Nervenbiopsien zur neurologischen Diagnostik.</i>
24	Behandlung von Leistenbrüchen, Bauchdeckenbrüchen und komplexen Bauchwanddefekten <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>
25	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen <i>Multiviszerale interdisziplinäre Operationen. Planung und Umsetzung interdisziplinärer chirurgisch-onkologischer Therapiekonzepte bei speziellen Tumorerkrankungen.</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	1788
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	116
2	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	71
3	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	65
4	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	53
5	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	47
6	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	46
7	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	34
8	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	33
9	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	32
10	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	31
11	A46	Wundrose - Erysipel	30
12	K59.0	Obstipation	30
13	K59.8	Sonstige näher bezeichnete funktionelle Darmstörungen	29
14	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	29
15	K61.1	Rektalabszess	27
16	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	26
17	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	25
18	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	23
19	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	23
20	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	23
21	K60.3	Analfistel	20
22	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	20
23	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	19
24	K62.3	Rektumprolaps	18
25	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	17
26	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	16

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	16
28	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	16
29	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	15
30	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	14

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K35	Akute Blinddarmentzündung	178
2	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	110
3	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	102
4	K80	Gallensteinleiden	86
5	K40	Leistenbruch (Hernie)	76
6	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	75
7	K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	73
8	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	65
9	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	65
10	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	52

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	116
2	K57.3	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess	86
3	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	71
4	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	65
5	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	54
6	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	47

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
7	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	46
8	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	40
9	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	34
10	K80.1	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	33
11	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	32
12	A46	Wundrose - Erysipel	30
13	K59.0	Obstipation	30
14	K59.8	Sonstige näher bezeichnete funktionelle Darmstörungen	29
15	K61.1	Rektalabszess	27
16	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	26
17	K57.2	Divertikulose des Dickdarmes mit Perforation und Abszess	24
18	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	23
19	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	23
20	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	23
21	K60.3	Analfistel	20
22	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	19
23	K40.3	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän	19
24	K62.3	Rektumprolaps	18
25	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	17
26	K40.2	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	16
27	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien	16
28	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	15

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
29	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	14
30	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	14

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	183
2	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	176
3	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	126
4	8-176.2	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Am offenen Abdomen (dorsoventrale Lavage)	100
5	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	94
6	1-313	Druckmessung der Speiseröhre - Ösophagusmanometrie	90
7	1-316.11	pH-Metrie des Ösophagus: Langzeit-pH-Metrie: Mit Langzeit-Impedanzmessung	90
8	8-176.1	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage und temporärem Bauchdeckenverschluss: Bei temporärem Bauchdeckenverschluss (programmierte Lavage)	89
9	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	86
10	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	84
11	5-541.0	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	81
12	3-13a	Röntgendarstellung des Dickdarms mit Kontrastmitteleinlauf	80
13	5-541.3	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Second-look-Laparotomie (programmierte Relaparotomie)	76
14	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	65
15	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spalraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	59
16	5-569.31	Andere Operationen am Ureter: Ureterolyse (ohne intraperitoneale Verlagerung): Laparoskopisch	57

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	56
18	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	56
19	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	51
20	5-896.1d	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Gesäß	50
21	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	49
22	5-484.35	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Resektion: Laparoskopisch mit Anastomose	49
23	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und am Respirationstrakt	45
24	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	45
25	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	44
26	5-98c.0	Anwendung eines Klammernahtgerätes: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	43
27	5-455.45	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Laparoskopisch mit Anastomose	37
28	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	36
29	5-467.0x	Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung): Sonstige	36
30	5-469.00	Andere Operationen am Darm: Dekompression: Offen chirurgisch	35

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	263
2	8-176	Behandlung durch Spülung des Bauchraumes bei vorhandener Flüssigkeitsableitung und vorübergehendem Verschluss der Bauchdecke	220
3	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	183

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	183
5	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	183
6	5-469	Sonstige Operation am Darm	172
7	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	152
8	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	151
9	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes	132
10	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	129

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

B-[11].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	263
2	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	64

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	5
4	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	4
5	1-586	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphknoten durch operativen Einschnitt	< 4
6	3-614	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel sowie Darstellung des Abflussbereiches	< 4
7	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	< 4
8	1-513	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark durch operativen Einschnitt	< 4
9	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	< 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)	11,14	11,14	0	0	11,14	160,5
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,7	5,7	0	0	5,7	313,7

B-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Proktologie
2	Spezielle Viszeralchirurgie

B-[11].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	14,36	14,36	0	0	14,36	124,5
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,6	0,6	0	0	0,6	2980,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,17	0,17	0	0	0,17	10517,6
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,44	1,44	0	0	1,44	1241,7
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,45	1,45	0	0	1,45	1233,1

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Schmerzmanagement
2	Qualitätsmanagement

B-[12] Klinik für Onkologie und Hämatologie, Palliativmedizin

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

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

B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3752) Palliativmedizin
2	(0500) Hämatologie und internistische Onkologie

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

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Aristoteles Gioagounidis, 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:	http://www.marien-hospital.de

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 136a SGB V:	Keine Vereinbarung 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, Weichgewebskarzinome, 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:	3570
Teilstationäre Fallzahl:	419

B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	197
2	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	160
3	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	151
4	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	149
5	C56	Eierstockkrebs	143
6	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	138
7	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	125
8	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	120
9	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	119

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	97
11	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	88
12	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	73
13	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	73
14	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardias	64
15	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	62
16	C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	52
17	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	50
18	C23	Gallenblasenkrebs	49
19	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	46
20	C61	Prostatakrebs	46
21	C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	44
22	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	43
23	C25.1	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper	42
24	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	40
25	C24.1	Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]	38
26	C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	37
27	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	37
28	C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz	35
29	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	34
30	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	34

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C50	Brustkrebs	488
2	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	477
3	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	383
4	C16	Magenkrebs	190
5	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	178
6	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	160
7	C56	Eierstockkrebs	143

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst - Nicht follikuläres Lymphom	131
9	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	74
10	C85	Sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Typ von Lymphknotenkrebs (Non-Hodgkin-Lymphom)	66

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	197
2	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	160
3	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	151
4	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	149
5	C56	Eierstockkrebs	143
6	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	138
7	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	125
8	C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet	120
9	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	119
10	C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	97
11	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	88
12	C90.0	Multiples Myelom	73
13	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	73
14	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardias	64
15	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	62
16	C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet	52
17	C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend	50
18	C23	Gallenblasenkrebs	49

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
19	C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	46
20	C61	Prostatakrebs	46
21	C92.0	Akute myeloblastische Leukämie [AML]	44
22	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	43
23	C25.1	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper	42
24	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	40
25	C24.1	Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]	38
26	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	37
27	C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	37
28	C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz	35
29	C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet	34
30	C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus	34

B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-543.22	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	1002
2	8-542.11	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 1 Medikament	714
3	8-543.23	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 3 Medikamente	540
4	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	521
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	482
6	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	385
7	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	205
8	8-542.22	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	177

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	6-002.72	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 6 mg bis unter 12 mg	167
10	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	162
11	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	154
12	8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	100
13	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	100
14	8-542.12	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 2 Medikamente	95
15	8-543.24	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 4 Medikamente	94
16	8-547.x	Andere Immuntherapie: Sonstige	92
17	8-542.21	Nicht komplexe Chemotherapie: 2 Tage: 1 Medikament	91
18	8-543.32	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 3 Tage: 2 Medikamente	89
19	6-005.d0	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Nab-Paclitaxel, parenteral: 150 mg bis unter 300 mg	79
20	6-001.a2	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Cetuximab, parenteral: 450 mg bis unter 550 mg	74
21	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	66
22	6-001.h4	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 550 mg bis unter 650 mg	64
23	8-543.42	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 4 Tage: 2 Medikamente	64
24	6-001.h5	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 650 mg bis unter 750 mg	63
25	8-800.g0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat	62
26	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	49
27	8-542.13	Nicht komplexe Chemotherapie: 1 Tag: 3 Medikamente	48
28	8-018.0	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	47
29	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	45
30	6-001.h6	Applikation von Medikamenten, Liste 1: Rituximab, intravenös: 750 mg bis unter 850 mg	45

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	1834
2	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	1234
3	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	660
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	638
5	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	616
6	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	536
7	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	452
8	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	162
9	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	154
10	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	113

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

B-[12].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

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)	17,51	17,51	0	0	17,51	203,9
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,12	7,12	0	0	7,12	501,4

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 SP Hämatologie und Onkologie

B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Palliativmedizin

B-[12].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	38,5
---	------

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	34	34	0	0	34	105,0
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,21	0,21	0	0	0,21	17000,0
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,99	0,99	0	0	0,99	3606,1
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,63	2,63	0	0	2,63	1357,4

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

	ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Pflege in der Onkologie
3	Diplom
4	Bachelor
5	Intensivpflege und Anästhesie

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Qualitätsmanagement
2	Schmerzmanagement
3	Wundmanagement

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
4	Palliative Care
5	Kinästhetik

C Qualitätssicherung

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

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
2	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	80	102,5
3	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	124	100
4	Hüftendoprothesenve (HEP)	486	99,8
5	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	442	99,1
6	Hüftendoprothesenve Hüft-Endoprothesenwechs und -komponentenwechsel (HEP_WE)	47	104,3
<i>Die Dokumentationsrate im Zählleistungsbereich der Knieendoprothesenwechsel ist durch verfahrenstechnische Ursachen ggf. teilweise nicht korrekt darstellbar. Die Dokumentationsrate ist im gesamten Leistungsbereich der Knieendoprothesenversorgung dargestellt."</i>			
7	Knieendoprothesenve (KEP)	287	99,7

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
8	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie- Schlittenprothesen (KEP_IMP)	254	99,6
9	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesenwe und -komponentenwechse (KEP_WE)	34	100
	<i>Die Dokumentationsrate im Zählleistungsbereich der Knieendoprothesenwechsel ist durch verfahrenstechnische Ursachen ggf. teilweise nicht korrekt darstellbar. Die Dokumentationsrate ist im gesamten Leistungsbereich der Knieendoprothesenversorgung dargestellt."</i>		
10	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	208	105,8

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

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

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

1	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	10211
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	11,51
Referenzbereich	= 20,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,03 % - 12,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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.

2	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,33
Referenzbereich	= 5,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	1,22 % - 1,45 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

	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.
3	Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie bei Patientinnen ohne bösartigen Tumor, gutartige Wucherung der Gebärmuttersschleimhaut oder Voroperation im umliegenden Operationsgebiet	
	Kennzahl-ID	51418
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,38
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,33 % - 0,43 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	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.
4	Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51906
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	0,94
Referenzbereich	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1,01 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

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.
---	--

5

Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund nach Gewebeuntersuchung

Kennzahl-ID	51907
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	15,08
	Referenzbereich	= 28,46 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	14,54 % - 15,64 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	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.
6	Blasenkatheter länger als 24 Stunden	
	Kennzahl-ID	52283
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	3,12
Referenzbereich	= 6,85 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	3,02 % - 3,23 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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.

7	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren	
	Kennzahl-ID	52535
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	24,3
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	20,33 % - 28,77 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - 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.

8	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung
Kennzahl-ID	612
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	91,03
Referenzbereich	>= 79,11 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	90,72 % - 91,33 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

9	Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	Kennzahl-ID	54030
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	31,71 %
	Vertrauensbereich	22,65 % - 42,4 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	19,66
	Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	19,34 % - 19,98 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	26
	Erwartete Ereignisse	82
	Grundgesamtheit	82
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	A41 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
10	Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten	
	Kennzahl-ID	1058
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,32
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,23 % - 0,45 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
11	Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten	
	Kennzahl-ID	318
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	96,06
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,82 % - 96,29 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - 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.
12	Vorbeugende Gabe von Antibiotika	
	Kennzahl-ID	54031
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	98,78 %
	Vertrauensbereich	93,41 % - 99,78 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	99,52
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	99,47 % - 99,58 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	81
	Erwartete Ereignisse	82
	Grundgesamtheit	82

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
13	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
Kennzahl-ID		54033
Leistungsbereich		Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		0,53
Vertrauensbereich		0,23 % - 1,16 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		1
Referenzbereich		= 2,27 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich		0,98 % - 1,02 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		5
Erwartete Ereignisse		9,46
Grundgesamtheit		74
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar

14	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)	
	Kennzahl-ID	321
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,21
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,2 % - 0,22 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - 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.
15	Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)	
	Kennzahl-ID	330
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	96,26
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,82 % - 96,66 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - 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.
16	Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	54036
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 4,57 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	0,83
Referenzbereich	= 4,30 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,76 % - 0,91 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,8
Grundgesamtheit	82

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

17

Infektion der Operationswunde - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	54038
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 8,33 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	0,92
Referenzbereich	= 3,14 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,83 % - 1,01 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,44
Grundgesamtheit	82

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

18 Vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts

Kennzahl-ID	50045
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	98,46 %
Vertrauensbereich	94,56 % - 99,58 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	98,72
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,67 % - 98,77 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	128
Erwartete Ereignisse	130
Grundgesamtheit	130

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

19

Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	54040
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 4,54 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	0,87
Referenzbereich	= 3,72 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,81 % - 0,95 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,81
Grundgesamtheit	82

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

20

Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	51181
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	2,01
Vertrauensbereich	1,39 % - 2,9 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich	= 2,09 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,96 % - 1,01 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	27
Erwartete Ereignisse	13,44
Grundgesamtheit	836

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

21	Allgemeine Komplikationen während oder aufgrund der hüftgelenkerhaltenden Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	54042
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 1,14 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,95
	Referenzbereich	= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,92 % - 0,98 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	3,22
	Grundgesamtheit	82
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

22	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51397
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,01
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,96 % - 1,06 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - 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.
23	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	54046
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 1,77 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,98
	Referenzbereich	= 2,00 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,94 % - 1,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	2,08
	Grundgesamtheit	82

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
24	Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand
Kennzahl-ID	51803
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,68
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,97
Referenzbereich	= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,99 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	7,41
Grundgesamtheit	1028
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

25	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	52009
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	1,1
	Vertrauensbereich	-
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,95
	Referenzbereich	= 1,95 (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,94 % - 0,96 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	36
	Erwartete Ereignisse	32,87
	Grundgesamtheit	9130
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

26	Übersäuerung des Blutes bei Frühgeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51831
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 53,3 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1
	Referenzbereich	= 5,02 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,9 % - 1,12 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,06
	Grundgesamtheit	19
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben	
	Kennzahl-ID	52010
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 0,04 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,01
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	9130
	Grundgesamtheit	9130
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
28	Kaiserschnittgeburten - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	52249
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0,47
	Vertrauensbereich	0,4 % - 0,55 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,99
	Referenzbereich	= 1,27 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 0,99 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	130
	Erwartete Ereignisse	274,79
	Grundgesamtheit	1046
	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
29	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	
	Kennzahl-ID	54001
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	96,29 %
	Vertrauensbereich	93,86 % - 97,78 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	96,54
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	96,45 % - 96,63 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	363
	Erwartete Ereignisse	377
	Grundgesamtheit	377
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
30	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	
	Kennzahl-ID	54002
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	93,88 %
	Vertrauensbereich	83,48 % - 97,9 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	93,02
	Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	92,71 % - 93,32 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	46
	Erwartete Ereignisse	49
	Grundgesamtheit	49
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
31	Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	Kennzahl-ID	54003
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	10,17 %
Vertrauensbereich	4,74 % - 20,46 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	17,46
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	17,15 % - 17,78 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	59
Grundgesamtheit	59
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
32	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Kennzahl-ID	54004
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	85,87 %
Vertrauensbereich	81,98 % - 89,03 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	92,87
Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,75 % - 92,99 %

	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	322
	Erwartete Ereignisse	375
	Grundgesamtheit	375
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
33	Vorbeugende Gabe von Antibiotika	
	Kennzahl-ID	54005
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	99,22 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	99,79
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	99,77 % - 99,81 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	487
	Erwartete Ereignisse	487
	Grundgesamtheit	487
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus	
	Kennzahl-ID	54010
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	98,68 %
	Vertrauensbereich	96,94 % - 99,43 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	97,98
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,91 % - 98,04 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	373
	Erwartete Ereignisse	378
	Grundgesamtheit	378
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
35	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	54012
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0,52
	Vertrauensbereich	0,25 % - 1,06 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,91
	Referenzbereich	= 2,15 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,89 % - 0,93 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	13,51
	Grundgesamtheit	450
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
36	Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben	
	Kennzahl-ID	54013
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG Unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wird für alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesenimplantation die jeweils erwartete Sterbewahrscheinlichkeit berechnet. Unter den verstorbenen Patientinnen und Patienten werden die 10 % mit der geringsten Sterbewahrscheinlichkeit ermittelt und als Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit" festgelegt. Dieser Indikator bezieht sich ausschließlich auf Todesfälle bei diesen Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorendergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorendergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.	
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 0,88 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,2
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	433
	Grundgesamtheit	433
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
37	Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	Kennzahl-ID	54015
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	11,53
	Referenzbereich	= 25,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	11,27 % - 11,79 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
38	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium	
	Kennzahl-ID	2163
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 7,41 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,12
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,24 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	48
Grundgesamtheit	48
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	Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen
Kennzahl-ID	54016
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 1,01 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,77
Referenzbereich	= 6,35 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,71 % - 1,83 %

	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	378
	Grundgesamtheit	378
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
40	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium und Behandlung unter Erhalt der Brust	
	Kennzahl-ID	50719
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	10,34
	Referenzbereich	= 18,39 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	9,53 % - 11,21 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

41	Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten	
	Kennzahl-ID	54017
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 7,27 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	6,16
	Referenzbereich	= 19,17 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	5,87 % - 6,46 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	49
	Grundgesamtheit	49
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
42	Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage	
	Kennzahl-ID	51370
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Da eine Brustkrebsoperation keinen Notfall darstellt, ist Betroffenen ausreichend Zeit einzuräumen, um sich über die Krankheit und das entsprechende Behandlungskonzept zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess aktiv zu beteiligen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	2,17 %
	Vertrauensbereich	1 % - 4,64 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	6,33
	Referenzbereich	= 24,15 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	6,14 % - 6,53 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	277
	Grundgesamtheit	277
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
43	Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	51846
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	98,49 %
Vertrauensbereich	96,51 % - 99,35 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,34
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,21 % - 96,48 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	326
Erwartete Ereignisse	331
Grundgesamtheit	331
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

44	Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Kennzahl-ID	54018
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. 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/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 6,02 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	4,42
Referenzbereich	= 11,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,26 % - 4,59 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	60
Grundgesamtheit	60
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45	Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten
----	---

Kennzahl-ID	51847
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	95,39 %
Vertrauensbereich	90,8 % - 97,75 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,44
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,21 % - 95,66 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	145
Erwartete Ereignisse	152
Grundgesamtheit	152
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

46	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	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	2,37
	Referenzbereich	= 8,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	2,3 % - 2,44 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
47	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund	
	Kennzahl-ID	52268
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Dies wird in dem Indikator "Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden" berücksichtigt.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	11 %
	Vertrauensbereich	7,9 % - 15,11 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	13,62
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	13,36 % - 13,89 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	32
	Erwartete Ereignisse	291
	Grundgesamtheit	291
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.
48	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten	
	Kennzahl-ID	54120
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

10,19

Referenzbereich

= 23,95 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich

9,83 % - 10,56 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

49

Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

Kennzahl-ID

54020

Leistungsbereich

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	99,07 %
Vertrauensbereich	96,69 % - 99,75 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	97,43
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,34 % - 97,51 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	214
Erwartete Ereignisse	216
Grundgesamtheit	216

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

50

Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	52273
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0,81
Vertrauensbereich	0,58 % - 1,12 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,01 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	39,34
Grundgesamtheit	291

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.
--	---

51

Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks

Kennzahl-ID	54021
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	89,85 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	94,25
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	93,91 % - 94,57 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	34
	Erwartete Ereignisse	34
	Grundgesamtheit	34
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
52	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Ultraschall kontrolliert)	
	Kennzahl-ID	52279
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	90,71
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	90,32 % - 91,08 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	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.
53	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	
	Kennzahl-ID	54022
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	97,06 %
	Vertrauensbereich	85,08 % - 99,48 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	91,02
	Referenzbereich	>= 86,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	90,6 % - 91,43 %

	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	33
	Erwartete Ereignisse	34
	Grundgesamtheit	34
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
54	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Röntgenstrahlen kontrolliert)	
	Kennzahl-ID	52330
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	97,4 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	98,52
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,34 % - 98,68 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	144
	Erwartete Ereignisse	144
	Grundgesamtheit	144
	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

55	Vorbeugende Gabe von Antibiotika	
	Kennzahl-ID	54023
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	98,68 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	99,75
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	99,73 % - 99,77 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	287
	Erwartete Ereignisse	287
	Grundgesamtheit	287
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
56	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus	
	Kennzahl-ID	54026
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	96,43 %
Vertrauensbereich	93,35 % - 98,11 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	92,03
Referenzbereich	>= 80,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	91,9 % - 92,16 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	243
Erwartete Ereignisse	252
Grundgesamtheit	252

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

57

Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	54028
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

0,72

Referenzbereich

= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich

0,67 % - 0,76 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

58

Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme

Kennzahl-ID

2005

Leistungsbereich

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	99,09 %
Vertrauensbereich	96,75 % - 99,75 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	98,33
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,28 % - 98,37 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	218
Erwartete Ereignisse	220
Grundgesamtheit	220

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

59

Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme

Kennzahl-ID	2009
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	98,1 %
	Vertrauensbereich	95,21 % - 99,26 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	95,74
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,65 % - 95,82 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	206
	Erwartete Ereignisse	210
	Grundgesamtheit	210
	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
60	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben	
	Kennzahl-ID	2012
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	87,54 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	97,3
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,14 % - 97,45 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	27
Erwartete Ereignisse	27
Grundgesamtheit	27
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

61	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben	
	Kennzahl-ID	2013
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	91,53 %
	Vertrauensbereich	85,1 % - 95,33 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	93,63
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	93,5 % - 93,76 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	108
	Erwartete Ereignisse	118
	Grundgesamtheit	118
	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

62	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung	
	Kennzahl-ID	2028
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	98 %
	Vertrauensbereich	94,29 % - 99,32 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	95,88
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,79 % - 95,97 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	147
	Erwartete Ereignisse	150
	Grundgesamtheit	150
	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
63	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus	
	Kennzahl-ID	50722
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	98,17 %
Vertrauensbereich	95,38 % - 99,28 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	96,32
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,39 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	214
Erwartete Ereignisse	218
Grundgesamtheit	218

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

64

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	1,22
Vertrauensbereich	0,88 % - 1,65 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	1
Referenzbereich	= 1,56 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,01 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	33
Erwartete Ereignisse	27,12
Grundgesamtheit	220

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

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 www.qkk-online.de erhältlich.

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

	LEISTUNGSBEREICH	MINDESTMENGE	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHRE)	AUSNAHMETATBEST
1	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	2	MM02 - Aufbau eines neuen Leistungsbereiches
2	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	11	
3	Stammzelltransplantation	25	20	MM02 - Aufbau eines neuen Leistungsbereiches

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):	76
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	74
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	74

* 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).