

Strukturierter Qualitätsbericht

für das Berichtsjahr 2017 | Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH
St. Vinzenz-Krankenhaus
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	2
A-0 Fachabteilungen	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	10
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	11
A-10 Gesamtfallzahlen	12
A-11 Personal des Krankenhauses	12
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-13 Besondere apparative Ausstattung	24
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	24
B-[1] Klinik für Diagnostische Radiologie	24
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	24
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	24
B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin	25
B-[1].1.3 Weitere Zugänge	25
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	25
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	25
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	26

B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	26
B-[1].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	26
B-[1].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	26
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	26
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	28
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	28
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	28
B-[1].11	Personelle Ausstattung	28
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	28
B-[1].11.2	Pflegepersonal	29
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	30
B-[2]	Klinik für Innere Medizin	30
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	30
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	30
B-[2].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	30
B-[2].1.3	Weitere Zugänge	30
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	31
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	31
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	33
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	33
B-[2].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	34
B-[2].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	34
B-[2].6.3	Kompetenzdiagnosen	36
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	36
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	37
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	37
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	38

B-[2].11 Personelle Ausstattung	38
B-[2].11.1Ärzte und Ärztinnen	38
B-[2].11.2Pflegepersonal	39
B-[2].11.3Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	40
B-[3] Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	40
B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	40
B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel	40
B-[3].1.2 Name des Chefarztes oder der Cheförztn	40
B-[3].1.3 Weitere Zugänge	40
B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	41
B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	42
B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD	43
B-[3].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	44
B-[3].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	44
B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	45
B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	47
B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	47
B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	48
B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	48
B-[3].11 Personelle Ausstattung	48
B-[3].11.1Ärzte und Ärztinnen	48
B-[3].11.2Pflegepersonal	49
B-[3].11.3Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	50
B-[4] Klinik für Anästhesie	50
B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	50

B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	50
B-[4].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	51
B-[4].1.3	Weitere Zugänge	51
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	51
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	51
B-[4].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	52
B-[4].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	52
B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	52
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	52
B-[4].11	Personelle Ausstattung	52
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	52
B-[4].11.2	Pflegepersonal	53
B-[4].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	54
B-[5]	Klinik für Viszeral-, Minimalinvasive und Onkologische Chirurgie	54
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	54
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel	54
B-[5].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefärztin	54
B-[5].1.3	Weitere Zugänge	54
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	55
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	55
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	55
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	56
B-[5].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	57
B-[5].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	57
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	59
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	61
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	61

B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	61
B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	61
B-[5].11	Personelle Ausstattung	62
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen	62
B-[5].11.2	Pflegepersonal	62
B-[5].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	63
B-[6]	Klinik für Sportorthopädie	64
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	64
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel	64
B-[6].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin	64
B-[6].1.3	Weitere Zugänge	64
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	64
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	65
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	66
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	66
B-[6].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	67
B-[6].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	67
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	69
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	70
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	71
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	71
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	71
B-[6].11	Personelle Ausstattung	71
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen	72
B-[6].11.2	Pflegepersonal	72
B-[6].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	73

B-[7]	Klinik Wirbelsäule & Schmerz	73
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	73
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	73
B-[7].1.2	Name des Chefarztes oder der Cheförztn	74
B-[7].1.3	Weitere Zugänge	74
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	74
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	74
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	75
B-[7].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	76
B-[7].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	76
B-[7].7	Durchgeföhrte Prozeduren nach OPS	77
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	79
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	79
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	80
B-[7].11	Personelle Ausstattung	80
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen	80
B-[7].11.2	Pflegepersonal	81
B-[7].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	82
B-[8]	Klinik für Orthopädie	82
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	82
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel	82
B-[8].1.2	Name des Chefarztes oder der Cheförztn	82
B-[8].1.3	Weitere Zugänge	82
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	83
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	83
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	84
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD	84

B-[8].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	86
B-[8].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	86
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	87
B-[8].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	89
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	89
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	90
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	90
B-[8].11	Personelle Ausstattung	90
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen	90
B-[8].11.2	Pflegepersonal	91
B-[8].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	92
C	Qualitätssicherung	92
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	92
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	136
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	136
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	136
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	136
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 137 2 SGB V	137
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 137 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	137

Vorwort

Das St. Vinzenz-Krankenhaus ist eine Einrichtung der Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH (KMR) und gehört zum VKKD | Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf.

Als akademisches Lehrkrankenhaus der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ist es Zentrum medizinischer Wissenschaft und bietet vielfältige Ausbildungsmöglichkeiten für Ärzte und Pflegekräfte. Medizinischer Behandlungsschwerpunkt des St. Vinzenz-Krankenhauses ist der menschliche Bewegungsapparat. Am Zentrum für Muskuloskelettale Medizin versorgt ein interdisziplinäres und interprofessionelles Team aus Ärzten, Pflegenden und Physiotherapeuten Patienten, die an einer Erkrankung des Bewegungsapparates leiden. Patienten, die Kunstgelenke benötigen, erhalten ihre Implantate am EndoprothetikZentrum der Maximalversorgung, dem bislang einzigen Zentrum seiner Art in Düsseldorf. Weiterhin sind Experten für Wirbelsäulenchirurgie, für Schmerzmedizin, für Sportorthopädie, für Innere Medizin sowie für Unfall- und Allgemeinchirurgie vertreten. Als eines der wenigen Krankenhäuser in der Region Düsseldorf verfügt das St. Vinzenz-Krankenhaus über ein Institut für Traditionelle Chinesische Medizin. Weiterhin sind ein KompetenzZentrum für Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie und ein BauchZentrum vorhanden.

Über dies hinaus sind hervorzuheben:

- Zertifikat für das EndoprothetikZentrum der Maximalversorgung, verliehen durch EndoCert auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie (DGOOC)
- Rapid Recovery Programm in der Orthopädie zur Behandlung von Hüft- und Knie-TEP-Patienten
- Excellence-Zertifikat der Deutschen Wirbelsäulen Gesellschaft (DWG) für die Klinik Wirbelsäule & Schmerz
- Zertifikat der Deutschen Diabetes Gesellschaft "Klinik für Diabetespatienten geeignet"
- Die Endoskopie ist Kooperationspartner des DarmkrebsZentrums im Marien Hospital Düsseldorf

Weitere besondere Auszeichnungen:

- Krankenhaus und Klinik für Orthopädie sind regelmäßig als "nationale und regionale Top-Klinik" vom Magazin FOCUS bundesweit gelistet
- Die Klinik-Chefärzte der Orthopädie, des WDGZ der Sportorthopädie Düsseldorf sowie der Klinik Wirbelsäule & Schmerz zählen laut FOCUS zu Deutschlands "Top-Ärzten"

Im Jahr 2017 wurden in den acht Fachabteilungen und sechs Zentren 29.564 Patienten ambulant und stationär behandelt. Alle geplant aufzunehmenden Patienten werden auf multiresistente Erreger getestet. Das St. Vinzenz-Krankenhaus ist Mitglied im "Aktionsbündnis Patientensicherheit" und aktiver Teilnehmer im MRE-Netzwerk Düsseldorf.

Die Patienten bewerteten das St. Vinzenz-Krankenhaus 2017 in Befragungen:

- Gleichbleibend gute ärztliche (91,1 %) und pflegerische (89,2 %) Versorgung und Betreuung
- Gleichbleibend gute Organisation und Abläufen (auf 82,8 %)
- Gleichbleibend guter Servicebereich (auf 78,5 %)

88,9 % Prozent der Patienten würden das St. Vinzenz-Krankenhaus weiterempfehlen. Im Vergleich zum Vorjahr konnte dieser Wert um zwei Prozentpunkte erhöht werden.

Einleitung

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Frau Heike von der Weppen, Qualitäts- und Risikomanagement
Telefon:	0211 958 8185
Fax:	
E-Mail:	heike.vonderweppen@vkkd-kliniken.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Herrn Christian Kemper, Geschäftsführer KMR
Telefon:	0211 958 2400
Fax:	0211 958 2460
E-Mail:	christian.kemper@vkkd-kliniken.de

Links:

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

Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	www.3m-drg.de	3M Qualitätsbericht, Version 2018.1.0 (Release 18.06.2018)

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Nicht-Bettenführend	3751	Klinik für Diagnostische Radiologie
2	Hauptabteilung	0100	Klinik für Innere Medizin
3	Hauptabteilung	1600	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
4	Nicht-Bettenführend	3700	Klinik für Anästhesie

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
5	Hauptabteilung	1500	Klinik für Viszeral-, Minimalinvasive und Onkologische Chirurgie
6	Hauptabteilung	2315	Klinik für Sportorthopädie
7	Hauptabteilung	2300	Klinik Wirbelsäule & Schmerz
8	Hauptabteilung	2300	Klinik für Orthopädie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	St. Vinzenz-Krankenhaus
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
Straße:	Schloßstr.
Hausnummer:	85
IK-Nummer:	260511805
Standort-Nummer:	04
Krankenhaus-URL:	https://www.vinzenz-duesseldorf.de/

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

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

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Frau Monika Remling, Pflegedienstleiterin
Telefon:	0211 958 2403
Fax:	0211 958 2803
E-Mail:	monika.remling@vkkd-kliniken.de
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Rolf Gebing, Ärztlicher Direktor

Telefon:	0211 958 2701
Fax:	0211 958 2024
E-Mail:	gebing@vkdd-kliniken.de

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

Leitung des Standorts:

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

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

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

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität:

1 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
1	Fußreflexzonenmassage <i>Gezielte Fußreflexzonenmassagen durch qualifizierte Therapeuten.</i>
2	Physikalische Therapie/Bädertherapie <i>Med. Bäder: Patienten mit Funktionsstörungen des Bewegungsapparates werden von Mitarbeitern der Physik. Therapie (Physiotherapeuten, Masseure) über den gesamten stationären Aufenthalt im St. Vinzenz-Krankenhaus begleitet. Ultraschalltherapie, Wärme-(Fango, Heißluft, heiße Rolle) und Kältetherapie.</i>
3	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <i>Individuelle Steuerung der Entlassungsplanung möglichst zur optimalen Wiedereingliederung in die gewohnte Umgebung.</i>
4	Diät- und Ernährungsberatung <i>Unsere Diätassistentinnen werden unterstützt durch die Menüassistentinnen. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Westdeutschen Diabetes- und GesundheitsZentrum.</i>
5	Massage <i>Im Rahmen der Physiotherapie bieten wir klassische Massagen an. Bindegewebsmassage, Colonmassage, Faszienbehandlungstechniken, Triggerpunktbehandlungen.</i>
6	Basale Stimulation <i>Angebot über das Pflegepersonal</i>
7	Atemgymnastik/-therapie <i>Angebot über die Physiotherapie im Hause</i>
8	Kinästhetik <i>Begleitet Sie in der Wahrnehmung der eigenen Bewegung als zentralen Weg zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung.</i>

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
9	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>Gesundheit, Hilfe und Geborgenheit wollen wir mit einem ganzheitlichen Pflegekonzept erreichen, das durch qualifiziertes und engagiertes Pflegepersonal umgesetzt wird.</i>
10	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>Handlungsfeld. Bewegung wie z. B. Rückengymnastik, Wassergymnastik.</i>
11	Wärme- und Kälteanwendungen <i>Im Rahmen der Behandlung in der Physikalischen Therapie, heiße Rolle, Fango, Tiefenwärme.</i>
12	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>Die Zeit nach der Entlassung bereiten wir intensiv vor. Hierzu organisiert ein engagiertes Team aus Reha-Management und Sozialdienst bei Bedarf schon frühzeitig weitere Maßnahmen wie Anschlussheilbehandlung, Haushaltshilfe oder Hilfsmittel.</i>
13	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>AB F 003 Umgang mit Tod und Sterben</i>
14	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung <i>Nur Reha-Management über den Sozialdienst</i>
15	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik <i>Rückenschule im Rahmen der Physiotherapie</i>
16	Manuelle Lymphdrainage <i>Die Lymphdrainage ist eine Entstauungstherapie, Prophylaxe durch Kompressionsstrümpfe an Armen oder Beinen bei med. Indikation.</i>
17	Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>Gehen mit Hilfsmitteln erlernen für Hüft- und Kniegelenke, Beseitigung von Gangunsicherheiten, Wiederherstellung von Kraft und Koordination.</i>
18	Bewegungsbad/Wassergymnastik <i>Amb. und stat. Therapiemaßnahmen für Hüft-, Kniegelenk und Wirbelsäulenproblematiken. Präventionsmaßnahmen, wie Wassergymnastik für Herz-Kreislauftraining und Rückengymnastik.</i>
19	Wundmanagement <i>Professionelle Beurteilung, Reinigung und Versorgung von Wunden.</i>
20	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Stationäre interdisziplinäre Diabetesbetreuung durch das Westdeutsche Diabetes Institut (WDGZ)</i>
21	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Besichtigungen und Führungen (Kreißaal), Vorträge, Informationsveranstaltungen für Ärzte und Patienten.</i>
22	Sozialdienst <i>Beratung zu Leistungen der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung, Ambulante Pflegedienste/ Ambulante Hospizdienste, Essen auf Rädern, Hausnotrufgerät, Behindertenfahrdienste, Schwerbehindertenausweis, Betreutes Wohnen, Selbsthilfegruppen, Vorsorgevollmachten</i>
23	Traditionelle Chinesische Medizin <i>Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Funktionelle Kopf- und Gliederschmerzen, Nervenschmerzen, Erkrankungen der Atemwege</i>
24	Eigenblutspende

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Eigenblutspende ist eine Form der Blutspende, bei welcher der Patient sein Blut für eine spätere Übertragung auf ihn selbst (Eigenbluttransfusion) spendet.</i>
25	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie <i>Nur manuelle Therapie</i>
26	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>Die jeweiligen Stationsleitungen stellt gerne den Kontakt zum Sozialdienst für Sie her.</i>
27	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Präoperative Gangschule für Patienten, Beratung zur Sturzprophylaxe</i>
28	Schmerztherapie/-management <i>Multimodale konservative und operativ-invasive Schmerztherapie</i>
29	Akupunktur <i>Traditionelle chinesische Medizin</i>
30	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen des stationären Aufenthaltes und als ambulantes Angebot.</i>
31	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) <i>Im Rahmen der Krankengymnastik tiefensensorisches Training.</i>
32	Spezielle Entspannungstherapie <i>Autogene Training, Progressive Muskelentspannung, Feldenkrais</i>
33	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen <i>Forced-Use-Therapie, Bewegungsinduktionstherapie, Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie.</i>
34	Biofeedback-Therapie <i>Wird über unsere Schmerztagesklinik angeboten.</i>
35	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>Vermittlung und Beratung erfolgt durch den Sozialdienst.</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum <i>Eine Cafeteria ist angegliedert. Die Stationen verfügen über Sitzbereiche für Patienten und Besucher.</i>
2	Schwimmbad/Bewegungsbad <i>Therapeutische Bewegungsbäder</i>
3	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle

	LEISTUNGSANGEBOT
	Vorhanden.
4	Hotelleistungen <i>Wir können begrenzt Übernachtungsmöglichkeiten zur Verfügung stellen. Bitte fragen Sie rechtzeitig an. Fragen zum St. Vinzenz-Krankenhaus(02 11) 958-01</i>
5	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Bitte informieren Sie sich aktuell in der Presse und auf unserer Internetseite</i> https://www.vinzenz-duesseldorf.de/aktuelles/
6	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Entsprechende Ernährung für die Glaubensrichtungen Juden und Moslem</i> <i>Wenn Ihnen eine spezielle Diät verordnet wurde, helfen Ihnen unsere Diätassistentinnen gerne bei der Aufstellung Ihres individuellen Speiseplans. Eine entsprechende Ernährung für die Glaubensrichtungen Juden und Moslems können berücksichtigt werden.</i>
7	Seelsorge <i>Pfarrer Wolfgang Vossen, katholische Seelsorge - ev. Pfarrerin Doris Taschner, evangelische Seelsorge</i> https://www.vkdd-kliniken.de/vkdd/krankenhaus-seelsorge/?L=0
8	Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen <i>Grüne Damen und Herren sind bei uns ehrenamtlich tätig. Gerne sind sie bereit Ihnen zu helfen. Nehmen Sie bitte Kontakt über das Pflegepersonal auf.</i> https://www.vkdd-kliniken.de/vkdd/patienten-besucher/ehrenamt/
9	Andachtsraum <i>Unsere Kapelle im Erdgeschoss ist tagsüber immer zum Gebet oder einem stillen Aufenthalt geöffnet. / Ein Verabschiedungsraum steht zur Verfügung.</i>
10	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Vorhanden.
11	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer Kosten pro Tag: 0 € <i>Hier entstehen Ihnen nur 2 Euro für die Kopfhörer.</i>

LEISTUNGSANGEBOT	
12	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>Telefone können am Empfang angemeldet werden.</i> <i>Für die Bereitstellung eines Telefons ist eine Vorauszahlung von 15 Euro zu entrichten. Der Empfang (Telefon 9) ist täglich 24 Std. besetzt.</i>
13	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer <i>Sie sollten auf keinen Fall Geld oder Wertgegenstände in Ihrem Nachttisch aufbewahren. Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir leider nur für Gegenstände haften können, die uns zur Verwahrung anvertraut wurden. Sie können Ihre Wertgegenstände im Tresor in der Aufnahme zur Verwahrung geben.</i>
14	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen <i>Max. Kosten pro Stunde: 1,5 €</i> <i>Max. Kosten pro Tag: 7 €</i> <i>Bitte beachten Sie, dass nur eine begrenzte Anzahl von Parkplätzen zur Verfügung steht. NUR stationär aufgenommene Patienten bekommen einen Sondertarif: für den 1. Tag 5,50 €, ab dem 2. Tag 4,00 €, 5 Tage max. 21,50 €.</i>
15	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) <i>Die Aufnahme einer Begleitperson ist möglich. Die Mitarbeiter der Patientenaufnahme informieren Sie gerne und schließen die entsprechenden Vereinbarungen mit Ihnen ab. Eine rechtzeitige Voranmeldung ist unbedingt notwendig.</i>
16	Zwei-Bett-Zimmer <i>Vorhanden.</i>
17	Ein-Bett-Zimmer <i>Vorhanden.</i>
18	Abschiedsraum <i>Das Pflegepersonal ist gerne bereit Ihnen die Möglichkeit zu geben den Abschiedsraum aufzusuchen.</i>
19	Internetanschluss am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 2,5 €</i> <i>Internetzugang über WLAN möglich, nicht überall verfügbar.</i>
20	Rundfunkempfang am Bett <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>Nicht überall verfügbar.</i>

	LEISTUNGSANGEBOT
21	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
	<i>Hinweis kommt vom Sozialdienst.</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
2	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug <i>Unsere Aufzüge sind alle vom Rollstuhl aus bedienbar.</i>
3	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen <i>Alle Einrichtungen des St. Vinzenz Krankenhauses sind mit dem Rollstuhl erreichbar.</i>
4	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) <i>Bei Bedarf einsetzbar.</i>
5	Arbeit mit Piktogrammen <i>Piktogramme werden von uns eingesetzt, um sprach-, schrift- und kulturneutral Informationen weiterzugeben.</i>
6	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter <i>Sind vorhanden und werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
7	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe <i>Sind vorhanden und werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
8	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische <i>Sind vorhanden und werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
9	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße <i>Sind vorhanden und werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
10	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten <i>Sind vorhanden und werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
11	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung <i>Dem Patienten werden in den Aufzügen die Etagen angesagt.</i>
12	Diätetische Angebote <i>Wenn Ihnen spezielle Diät verordnet wurde helfen Ihnen unsere Diätassistentinnen beim Aussuchen der Speisen. Die Menueassistentin unterstützen sie dabei.</i>
13	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden <i>Unsere Kapelle lädt Sie tagsüber zur Andacht oder zu stillen Momenten ein.</i>

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT

- 14 Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
englisch, türkisch, arabisch, griechisch.

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

	AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN
1	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) <i>Famulaturen und das Praktische Jahr können bei uns absolviert werden.</i>
2	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
3	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten <i>Prof. Dr. med. R. J. Adamek ist Lehrbeauftragter der Ruhruniversität Bochum für Innere Medizin. Priv.-Doz. Dr. med. C. Schnurr, Lehrauftrag an der Universität zu Köln und der Heinrich Heine Universität Düsseldorf</i>
4	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
5	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
6	Doktorandenbetreuung
7	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien <i>Teilnahme an Studien im Rahmen des DarmkrebZentrums.</i>

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

	AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN
1	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin <i>und CTA</i>
2	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) <i>In Zusammenarbeit mit der Kaiserswerther Diakonie erfolgt bei uns der praktische Teil der Ausbildung zum Operationstechnischen Assistenten (OTA).</i>
3	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>Die Einrichtungen des VKKD gehören zu den katholischen Krankenhausträgern aus Düsseldorf, Neuss und Ratingen, die in 2005 eine gemeinsame Krankenpflegeschule gegründet haben. Die St. Elisabeth-Akademie hat zum 01.06.2005 als eigenständige gGmbH ihren Betrieb aufgenommen.</i>

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 322

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	9123
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	22327

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)	76,01	75,89	0,12	0,00	76,01
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	40,51	40,39	0,12	0,00	40,51
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0,83	0,83	0,00	0,00	0,83
- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0,68	0,68	0,00	0,00	0,68

Abkürzungen:

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

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 38,50

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	120,42 26,89	116,72 25,99	3,70 0,90	0,00 5,97	120,42 20,92
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,50 0,00	0,50 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	0,50 0,00
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	3,69 0,00	3,69 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	3,69 0,00

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,09 0,64	1,09 0,64	0,00 0,00	0,00 0,00	1,09 0,64
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,23 3,70	0,23 3,70	0,00 0,00	0,00 0,00	0,23 3,70

Abkürzungen:

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

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

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

Abkürzungen:

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diätassistent und Diätassistentin	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	2,74	2,74	0,00	0,50	2,24
Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	6,38	6,38	0,00	0,00	6,38
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	12,41	12,41	0,00	1,50	10,91
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00
Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	7,29	7,29	0,00	0,75	6,54

Abkürzungen:

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Frau Heike von der Weppen, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	0211 958 8185
Fax:	0211 958 2460
E-Mail:	heike.vonderweppen@vkkd-kliniken.de

A-12.1.2 Lenkungsgrremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Arztdienst, Pflegedienst, Administration - Beschwerde Manager, Qualitätsmanagementbeauftragte, Risikomanagementbeauftragte
Tagungsfrequenz des Gremiums:	halbjährlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

A-12.2.2 Lenkungsgrremium

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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Arztdienst, Pflegedienst, Administration - Beschwerde Manager, Qualitätsmanagementbeauftragte, Risikomanagementbeauftragter
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
2	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: AB D 008 Schmerztherapie vom 19.08.2010 Letzte Aktualisierung: 19.08.2010</i>
3	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: AB A Prozessziel Aufnahme, AB B Prozessziel Ambulanzen AB C Prozessziel Diagnostik AB D Prozessziel Behandlung AB E Prozessziel Entlassung AB F Prozessziel spezielle Betreuung AB K Prozessziel Technik AB M Prozessziel Beschaffung und Entsorgung und vieles mehr Letzte Aktualisierung: 02.11.2009</i>
4	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA 4 VKH -Transfusion von Blutkomponenten und Plasmaderivaten Letzte Aktualisierung: 26.01.2016</i>
5	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: AB N 013 Fixierung, AB N 013.1 Anlage Dokumentation Fixierungen, AB N 013.2 Ärztliches Zeugnis über die Notwendigkeit freiheits einschränkender Maßnahmen, AB N 013.3 Einverständniserklärung des Patienten zu freiheitsentziehenden Maßnahmen Letzte Aktualisierung: 22.10.2009</i>
6	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PB - Notfallmanagement Letzte Aktualisierung: 29.11.2016</i>
7	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: AB K Prozessziel Technik Letzte Aktualisierung: 02.11.2009</i>
8	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
9	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
10	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Dekubitus Letzte Aktualisierung: 19.02.2016</i>
11	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: AB D 020 OP Statut, AB D 011.2 Aufwachraum, Letzte Aktualisierung: 23.04.2014</i>
12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
13	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: AB A Prozessziel Aufnahme, AB A 002 Regelaufnahmestationärer Patient</i> <i>Letzte Aktualisierung: 02.11.2009</i>
14	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Sturzprophylaxe</i> <i>Letzte Aktualisierung: 15.12.2016</i>
15	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Unit-Dose-Versorgung</i> <i>Letzte Aktualisierung: 13.04.2017</i>
16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: F - Checkliste OP - Patientensicherheit</i> <i>Letzte Aktualisierung: 23.08.2017</i>
17	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: AB E Prozessziel Entlassung vom 02.11.2009</i> <i>Letzte Aktualisierung: 02.11.2009</i>

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

☒	Qualitätszirkel
☒	Tumorkonferenzen
☒	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
☒	Pathologiebesprechungen
☐	Palliativbesprechungen
☐	Andere

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt? Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: monatlich</i>
2	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 01.02.2016</i>

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
	<i>Intervall: monatlich</i>

Details:

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

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 (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
2	CIRS Berlin (Ärzttekammer Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	2 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	5
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	9

¹⁾ 2 Krankenhaustygieniker für 4 Häuser (KMR)

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontakt Daten des Kommissionsvorsitzenden:

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

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

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

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: ☒ Ja

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

Auswahl: ☒ Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: ☒ Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl: ☒ Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: ☒ Ja

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

Auswahl: ☒ Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: ☒ Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja

	OPTION	AUSWAHL
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	23
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	87

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

	OPTION	AUSWAHL
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 am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen <i>MRE - Netzwerk Düsseldorf</i>
2	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten <i>Im Rahmen der jährlichen Audits und Validierung der Geräte</i>
3	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen <i>monatlich für neue Mitarbeiter, mehrmals jährlich und bei Bedarf</i>
4	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Zertifikat Bronze</i>
5	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: MRE - Netzwerk Düsseldorf.</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
	<i>PB-Beschwerdemanagement</i>	
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
	<i>PB-Beschwerdemanagement</i>	
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
	<i>PB-Beschwerdemanagement</i>	
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
	<i>PB-Beschwerdemanagement</i>	
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
	<i>PB-Beschwerdemanagement</i>	
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
	<i>Formulare und Briefkästen im Aufzugsbereich.</i>	
9	Patientenbefragungen	Ja
	<i>Patientenbefragungen werden kontinuierlich durchgeführt.</i>	
10	Einweiserbefragungen	Ja
	<i>Punktuell.</i>	

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
2	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
3	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Klinik für Diagnostische Radiologie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Diagnostische Radiologie
Straße:	Schloßstr.
Hausnummer:	85
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.vkdd-kliniken.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3751) Radiologie

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

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

B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Schloßstr. 85
PLZ/Ort:	40477 Düsseldorf
URL:	http://www.vkdd-kliniken.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung <i>Arthrographie, Myelographie, Drainagen</i>
2	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren <i>i.v. Urographie</i>
3	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>Diagnostik Tumore, ent. Arthrose. Kontrastmittelgabe Gefäßdiagnostik.</i>
4	Arteriographie
5	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ <i>Auch kontrastmittelfreie Gefäßdiagnostik.</i>
6	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

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

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	1038
2	3-13x	Andere Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	1032
3	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	769
4	3-13k	Arthrographie	678
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	409
6	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	270
7	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	254
8	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	227
9	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	192
10	3-805	Native Magnetresonanztomographie des Beckens	179
11	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	178
12	3-206	Native Computertomographie des Beckens	98
13	3-202	Native Computertomographie des Thorax	77
14	3-804	Native Magnetresonanztomographie des Abdomens	66
15	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	64
16	3-809	Native Magnetresonanztomographie des Thorax	46
17	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	30
18	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	24
19	3-201	Native Computertomographie des Halses	23
20	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	13
21	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	12
22	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	12
23	3-803.x	Native Magnetresonanztomographie des Herzens: Sonstige	10
24	3-801	Native Magnetresonanztomographie des Halses	6
25	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	3
26	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	3
27	3-703.2	Szintigraphie der Lunge: Perfusions- und Ventilationsszintigraphie	2
28	3-20x	Andere native Computertomographie	2

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	3-753.0	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des ganzen Körpers: Mit Niedrigdosis-Computertomographie zur Schwächungskorrektur	2
30	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	1

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

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

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz

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

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

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)	3,00	3,00	0,00	0,00	3,00	0,0
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00	0,0

Abkürzungen:

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

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEBEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Radiologie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche
Arbeitszeiten

38,50

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

Abkürzungen:

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

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

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

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

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

Abkürzungen:

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

B-[2] Klinik für Innere Medizin

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

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

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0100) Innere Medizin

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

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

B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Schloßstr. 85
PLZ/Ort:	40477 Düsseldorf
URL:	http://www.vinzenz-duesseldorf.de/unsere_kliniken/innere_medizin/

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

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

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	3912
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	110
2	K29.6	Sonstige Gastritis	89
3	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	70
4	I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	69
5	E86	Volumenmangel	67
6	R55	Synkope und Kollaps	66
7	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	66
8	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	57
9	K63.5	Polyp des Kolons	54
10	K29.1	Sonstige akute Gastritis	49
11	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	49
12	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	48
13	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	48
14	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	43

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	41
16	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	40
17	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	34
18	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	33
19	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	33
20	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	32
21	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	32
22	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	31
23	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	31
24	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	30
25	K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	28
26	A04.5	Enteritis durch Campylobacter	27
27	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	27
28	R07.2	Präkordiale Schmerzen	26
29	C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	26
30	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	26

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K29	Gastritis und Duodenitis	234
2	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	151
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	114
4	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	109
5	I50	Herzinsuffizienz	93
6	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	89
7	K57	Divertikulose des Darmes	85
8	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	79
9	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	71
10	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	70

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	110
2	K29.6	Sonstige Gastritis	89
3	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	79
4	I50.1	Linksherzinsuffizienz	79
5	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	71
6	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	70
7	I10.9	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet	69
8	E86	Volumenmangel	67
9	R55	Synkope und Kollaps	66
10	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	66
11	K63.5	Polyp des Kolons	54
12	C90.0	Multiples Myelom	49
13	K29.1	Sonstige akute Gastritis	49
14	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	48
15	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	48
16	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	43
17	I10.0	Benigne essentielle Hypertonie	40
18	C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	34
19	A41.5	Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger	33
20	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	33
21	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	33
22	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	32
23	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	32

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
24	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	31
25	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	31
26	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	30
27	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	29
28	K29.5	Chronische Gastritis, nicht näher bezeichnet	28
29	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	27
30	A04.5	Enteritis durch Campylobacter	27

B-[2].6.3 Kompetenzdiagnosen

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1927
2	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	1907
3	1-653	Diagnostische Proktoskopie	1110
4	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	1004
5	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	896
6	3-056	Endosonographie des Pankreas	849
7	3-051	Endosonographie des Ösophagus	847
8	3-054	Endosonographie des Duodenums	847
9	3-055	Endosonographie der Gallenwege	847
10	3-053	Endosonographie des Magens	847
11	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	794
12	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	782
13	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	374

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	3-05b.0	Endosonographie der Harnblase und der Urethra: Transrektal	351
15	3-058	Endosonographie des Rektums	351
16	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	310
17	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	251
18	1-710	Ganzkörperplethysmographie	244
19	1-636.0	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums): Einfach (durch Push-Technik)	217
20	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	205
21	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	195
22	3-030	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	168
23	3-05c.0	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane: Transrektal	146
24	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	125
25	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	123
26	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	117
27	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	114
28	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	113
29	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	106
30	8-543.22	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie: 2 Tage: 2 Medikamente	87

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

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

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

2	INTERNISTISCHE PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	Vereinbaren Sie einen Termin, Tel: (02 11) 958-2851. http://www.vinzenz-duesseldorf.de/unsere_kliniken/innere_medizin/chefarzt/

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	93
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	30
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	7
4	1-442	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	< 4

B-[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)	21,24	21,24	0,00	0,00	21,24	184,2
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,86	6,86	0,00	0,00	6,86	570,3

Abkürzungen:

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

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[2].11.2 Pflegepersonal

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

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

Abkürzungen:

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

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

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

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

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

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

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

Abkürzungen:

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

B-[3] Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Straße:	Schloßstr.
Hausnummer:	85
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.vkkd-kliniken.de

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1600) Unfallchirurgie

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

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

B-[3].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Schloßstr. 85
PLZ/Ort:	40477 Düsseldorf
URL:	http://www.vkkd-kliniken.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Hochgradig traumatisch geschädigte Gelenke, besonderes das Hüft- und Schultergelenk, können mit modernen gelenkersetzenden Verfahren (z.B. Schenkelhalsfraktur mit Duokopf- und Hüfttotalendoprothese, Schultergelenksfraktur mit Traumakopf- oder Inverser Prothese) versorgt werden.

11 Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels

Die Anwendung von modernen Osteosynthesefahren ist ein besonderer Schwerpunkt der Klinik. Es kommen die verschiedenste Implantate aus dem Bereich der konventionellen und winkelstabilen Osteosynthese in Form von Platten, Schrauben und Nägeln bei Frakturen der Extremitäten zur Anwendung.

12 Arthroskopische Operationen

Frakturen des Schienbeinkopfes werden regelmäßig arthroskopisch gestützt versorgt.

13 Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen

Der Schwerpunkt der Abteilung liegt in der operativen Therapie der Unfallpatienten mit allen modernen Operations- und Osteosyntheseverfahren. Der operative Zugang erfolgt dabei über offene oder wenn möglich auch über minimalinvasive Methoden.

14 Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes

Ein Schwerpunkt ist die Akutbehandlung von Sportverletzten. Es besteht ein Kooperationsvertrag mit dem Stadtsportbund Düsseldorf. Gelenkverletzungen durch Sportunfälle werden nach aktuellem Stand der Sportmedizin behandelt.

15 Wirbelsäulenchirurgie

Wirbelsäulenverletzung mit Anwendung offener und minimalinvasiver Stabilisierung von Wirbelfrakturen. Dabei werden auch Endoskopisch assistierte Operation an der Brust- und Lendenwirbelsäule mit Wirbelkörperersatz durchgeführt.

16 Amputationschirurgie

Die Versorgung von akut, teils auch schwer verletzten Patienten erfolgt nach den geltenden ATLS Kriterien. Hierzu ist die Notfallambulanz entsprechend personell und medizinisch ausgerüstet.

17 Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels

Hier steht die Versorgung und Rekonstruktion von Gelenk- und Schaftfrakturen der oberen- und unteren Extremitäten und die Stabilisierung von Frakturen bei einliegenden Prothesen im Vordergrund. Ebenfalls werden auch kindliche Frakturen versorgt. Operative Versorgung von Becken- und Acetabulumfrakturen.

18 Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes

19 Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand

In der Handchirurgie werden die operative wie konservative Behandlung von Frakturen der gesamten Hand und die Behebung von Nervenengpass-Syndromen der oberen Extremitäten angeboten.

20 Notfallmedizin

21 Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Versorgung von Weichteilverletzungen wie Rupturen von großen Sehnen, Haut- Unterhaut und Muskelverletzungen mit der Anwendung von rekonstruktiven Maßnahmen. Vakuumversiegelung und nachfolgende Hautdeckung auch im Rahmen des Wundmanagements.

22 Chirurgische Intensivmedizin

Unfallchirurgische Intensivmedizin: Die Überwachung der Patienten erfolgt zum einem auf der interdisziplinär geführten Intensivstation und zum anderen über zwei eigenständig geführte intermediate Care Betten.

23 Notfallmedizin

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist struktureller Bestandteil der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie und wird von dieser geleitet. Ausbildung und Durchführung der Notfallmedizin nach Richtlinien gemäß ATLS und ERC.

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

Vollstationäre Fallzahl:	1106
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06.0	Gehirnerschütterung	113
2	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	64
3	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	51
4	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	34
5	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	31
6	S32.1	Fraktur des Os sacrum	28
7	S86.0	Verletzung der Achillessehne	26
8	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	23
9	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	23
10	S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen	19
11	S52.11	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Kopf	18
12	S82.0	Fraktur der Patella	17
13	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	15
14	S70.0	Prellung der Hüfte	14
15	S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel	14
16	S00.05	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung	13
17	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	13
18	S42.03	Fraktur der Klavikula: Laterales Drittel	13
19	S72.04	Schenkelhalsfraktur: Mediozervikal	13
20	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	12
21	S32.5	Fraktur des Os pubis	12
22	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	12
23	S76.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris	11
24	S52.52	Distale Fraktur des Radius: Flexionsfraktur	11
25	S82.81	Bimalleolarfraktur	11
26	S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile	10
27	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	10

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
28	S80.0	Prellung des Knies	10
29	S52.01	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon	10
30	S43.01	Luxation des Humerus nach vorne	9

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S52	Fraktur des Unterarmes	136
2	S06	Intrakranielle Verletzung	127
3	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	121
4	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	121
5	S72	Fraktur des Femurs	114
6	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	53
7	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	29
8	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	27
9	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	24
10	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	23

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

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

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

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	49
7	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	44
8	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Osteosynthesematerial bei Operationen am Weichteilgewebe	38
9	5-793.1r	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula distal	29
10	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	29
11	5-793.3r	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	28
12	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	28
13	5-855.19	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Unterschenkel	27
14	5-794.k1	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerus proximal	26
15	5-790.0d	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Becken	24
16	5-794.2r	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	24
17	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	23
18	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	22
19	8-900	Intravenöse Anästhesie	22
20	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	21
21	5-794.0r	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula distal	21
22	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	21
23	8-201.0	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroglenoidalgelenk	20
24	5-796.k0	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Klavikula	20
25	5-794.11	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerus proximal	16

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
26	5-896.1e	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie	15
27	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	13
28	5-787.k1	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Humerus proximal	13
29	5-787.3r	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	12
30	5-794.0n	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia distal	12

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

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

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

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

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	7,56	7,56	0,00	0,00	7,56	146,3

- davon Fachärzte und Fachärztinnen 5,42 5,42 0,00 0,00 5,42 204,1

Abkürzungen:

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

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[3].11.2 Pflegepersonal

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

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

Abkürzungen:

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

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

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

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

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

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

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

Abkürzungen:

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

B-[4] Klinik für Anästhesie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesie
Straße:	Schloßstr.
Hausnummer:	85
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.vkdd-kliniken.de

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Name/Funktion:	Herrn Dr. med. Dr. rer.nat. Herbert Bartsch, Chefarzt
Telefon:	0211 958 2731
Fax:	0211 958 2733
E-Mail:	bongenberg@vkdd-kliniken.de

B-[4].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Schloßstr. 85
PLZ/Ort:	40477 Düsseldorf
URL:	http://www.vkdd-kliniken.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Anästhesie I <i>Allgemeinanästhesien werden als Intubationsnarkose, mit Larynxmaske und als Maskennarkose durchgeführt. Als Narkoseverfahren werden die totale intravenöse Anästhesie, die balancierte Anästhesie und die Inhalationsanästhesie durchgeführt.</i>
2	Anästhesie II <i>Regionalanästhesien der oberen und unteren Extremitäten, rückenmarksnahe Leitungsanästhesien.</i>
3	Schmerztherapie <i>Medikamentös und mittels Schmerzkatheter (Armplexusanästhesien der verschiedenen Lokalisationen, Femoralis- oder Ischiadicus-Blockade, Periduralkatheter). Schmerzausschaltung durch eine vom Patienten gesteuerte Schmerzpumpe (PCA).</i>
4	Notfallversorgung / Notfallmedizin
5	Intensivmedizin

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	Operative Intensivmedizin. Kontinuierliche Überwachung des Herz-Kreislauf-Systems mit 24-Stunden-Speicherung- Erweitertes hämodynamisches Monitoring (Picco-System)- Invasive und nichtinvasive Beatmung- Nierenersatztherapie - Externe Herzschrittmacher-Versorgung

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

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

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz

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

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

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

Abkürzungen:

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

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Spezielle Schmerztherapie

B-[4].11.2 Pflegepersonal

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

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

Abkürzungen:

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

B-[4].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	Praxisanleitung

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

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

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

Abkürzungen:

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

B-[5] Klinik für Viszeral-, Minimalinvasive und Onkologische Chirurgie

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

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

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Name/Funktion:	Herrn Dr. med. Konstantinos Zarras, Chefarzt
Telefon:	0211 958 2750
Fax:	0211 958 2757
E-Mail:	jana.boehme@vkkd-kliniken.de

B-[5].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Schloßstr. 85
PLZ/Ort:	40477 Düsseldorf
URL:	http://www.vinzenz-duesseldorf.de/unsere_kliniken/allgemein_unfall_und_viszeralchirurgie/

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	637
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	216
2	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	135
3	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	48
4	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	31
5	L05.9	Pilonidalzyste ohne Abszess	25
6	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	24
7	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	18
8	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	16
9	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	9
10	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	9
11	K81.1	Chronische Cholezystitis	9
12	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	8
13	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	8
14	K60.3	Analfistel	5
15	K41.9	Hernia femoralis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	5
16	K43.60	Epigastrische Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	5
17	K40.10	Doppelseitige Hernia inguinalis mit Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	4
18	K40.21	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	4
19	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	< 4
20	D17.1	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes	< 4
21	K41.3	Hernia femoralis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	K61.0	Analabszess	< 4
23	K62.3	Rektumprolaps	< 4
24	K82.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenblase	< 4
25	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	< 4
26	K62.2	Analprolaps	< 4
27	K36	Sonstige Appendizitis	< 4
28	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	< 4
29	K43.90	Epigastrische Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	< 4
30	K60.1	Chronische Analfissur	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40	Hernia inguinalis	293
2	K80	Cholelithiasis	153
3	K42	Hernia umbilicalis	55
4	L05	Pilonidalzyste	27
5	K43	Hernia ventralis	26
6	K35	Akute Appendizitis	13
7	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	12
8	K81	Cholezystitis	10
9	K41	Hernia femoralis	8
10	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	7

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	234
2	K80.1	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	135
3	K40.2	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	52

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
4	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	31
5	L05.9	Pilonidalzyste ohne Abszess	25
6	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	24
7	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	16
8	K81.1	Chronische Cholezystitis	9
9	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	9
10	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	9
11	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	9
12	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	8
13	K60.3	Analfistel	5
14	K43.6	Epigastrische Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	5
15	K41.9	Hernia femoralis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	5
16	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	4
17	K40.1	Doppelseitige Hernia inguinalis mit Gangrän	4
18	K82.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenblase	< 4
19	D17.1	Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes	< 4
20	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	< 4
21	K61.0	Analabszess	< 4
22	K40.3	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän	< 4
23	K41.3	Hernia femoralis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän	< 4
24	K62.3	Rektumprolaps	< 4
25	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	< 4
26	K64.4	Marisken als Folgezustand von Hämorrhoiden	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
27	K62.2	Analprolaps	< 4
28	K43.9	Epigastrische Hernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	< 4
29	K60.1	Chronische Analfissur	< 4
30	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	< 4

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	304
2	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	267
3	5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	233
4	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	167
5	5-932.2	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Composite-Material	79
6	5-534.31	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal	58
7	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	34
8	5-897.1	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Plastische Rekonstruktion	26
9	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	26
10	8-192.1d	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Gesäß	20
11	5-536.41	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal	19
12	5-530.72	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	17
13	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	16
14	5-983	Reoperation	13

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	8-192.1g	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Fuß	11
16	8-192.1f	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Unterschenkel	10
17	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	10
18	8-190.21	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: 8 bis 14 Tage	10
19	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	10
20	8-192.0d	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Kleinflächig: Gesäß	9
21	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	9
22	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	8
23	8-190.20	Spezielle Verbandstechniken: Kontinuierliche Sogbehandlung mit Pumpensystem bei einer Vakuumtherapie: Bis 7 Tage	8
24	5-482.b0	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Vollwandexzision, mit Stapler, peranal: Zirkulär [Manschettenresektion]	8
25	5-531.32	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	7
26	5-535.31	Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal	7
27	5-530.73	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	6
28	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	5
29	1-999.1	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen: Fluoreszenzgestützte diagnostische Verfahren	5

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	8-192.1e	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde: Großflächig: Oberschenkel und Knie	5

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

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

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche
Arbeitszeiten 40

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

Abkürzungen:

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

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Proktologie
2	Spezielle Viszeralchirurgie

B-[5].11.2 Pflegepersonal

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

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

Abkürzungen:

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

B-[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	Operationsdienst
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Praxisanleitung

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

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

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

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

Abkürzungen:

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

B-[6] Klinik für Sportorthopädie

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

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

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2315) Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie

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

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

B-[6].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Schloßstr. 85
PLZ/Ort:	40477 Düsseldorf
URL:	http://www.vkkd-kliniken.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen <i>Sehnen- und Bandverletzungen, Entzündungen.</i>
2	Sportmedizin/Sporttraumatologie <i>Durch den Verzicht auf die Gelenköffnung erfolgt der Eingriff schmerz- und nebenwirkungsärmer, zudem verläuft die Rehabilitation problemloser. Nicht nur Kniegelenke, sondern auch Schulter, Ellenbogen und oberes Sprunggelenk können heute arthroskopisch behandelt werden.</i>
3	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes <i>Akute und chronische Schultergelenkssprengungen, Sehnenrisse, Kapsel-/Labrumverletzungen.</i>
4	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels <i>Arthroskopische Behandlung des femoroacetabulären Impingements (FAI) Arthroskopische Operationen an Schäden der Gelenkklappe (Labrum acetabulare) Entfernung freier Gelenkkörper</i>
5	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes <i>Arthroskopische und offene OSG Operationen, Bandrekonstruktionen, Knorpelchirurgie</i>
6	Arthroskopische Operationen <i>Gesamte akute und rekonstruktive Bandchirurgie des Kniegelenkes, Revisionseingriffe, Kniescheibenoperationen, Knorpeltransplantationen, Umstellungsosteotomien.</i>
7	Bandrekonstruktionen/Plastiken <i>Operationen zur Stabilisierung der Seitenbänder des Kniegelenks, Knorpelglättungen, Mikrofrakturierungen Autologe Knorpel-Knochen- Transplantation (OATS). Kreuzbandverletzungen - Vordere/Hintere Kreuzbandoperation u. Revisionsoperation</i>
8	Schulterchirurgie II <i>Arthroskopische oder offene Operationen nach Schulterluxationen Arthroskopische Operationen von Schäden der Gelenkklappe (SLAP-Läsion, Labrumverletzung) Probleme der Bizepssehne und deren Verankerung Schultersteife (kapsuläre Schultersteife, sog. frozen shoulder)</i>
9	Diagnostik und Therapie von Arthropathien <i>Arthroskopische Meniskus- OP (Teilentfernung) Meniskusnähte, Meniskustransplantation CM Meniskustransplantation, Allogene Meniskustransplantation</i>
10	Schulterchirurgie <i>Instabilitäten des Acromioclaviculargelenks (AC-Gelenks), sog. Tossy-Verletzung Arthroskopische Kalkentfernung aus dem Schultergelenk (sog. Tendinitis calcarea) Einsetzen und Wechsel von Schultergelenkprothesen</i>
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels <i>Autologe Chondrozytentransplantation (ACT) Kniescheibenoperationen bei Instabilität oder Schmerzen Operationen bei Osteochondrosis dissecans</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes <i>Lösen von Versteifungen des Kniegelenks (Arthrolyse) Umstellungsoperationen am Kniegelenk (Achskorrekturen) Einbau einer Schlittenprothese</i>
13	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes <i>Entfernung von Ganglien, Schleimhautfalten und Synovialhaut (Synovektomie)</i>
14	Knorpelschäden an Hüftkopf und -pfanne <i>Arthroskopische Therapie umschriebener Knorpelschäden an Hüftkopf und Pfanne Arthroskopische Probenentnahme und Entfernung von Gelenkinnenhaut (Synovektomie)</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	920
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	M67.46	Ganglion: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	14
17	M23.51	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband	12
18	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	11
19	Q65.8	Sonstige angeborene Deformitäten der Hüfte	11
20	M21.16	Varusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	11
21	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	10
22	M75.0	Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel	10
23	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	9
24	M93.26	Osteochondrosis dissecans: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	9
25	M19.01	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	8
26	M23.33	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus	8
27	M21.06	Valgusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	7
28	S46.0	Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette	7
29	M19.08	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	6
30	M75.2	Tendinitis des M. biceps brachii	6

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	211
2	M75	Schulterläsionen	170
3	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	107
4	M19	Sonstige Arthrose	79
5	M22	Krankheiten der Patella	76
6	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	61
7	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	41
8	M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	25
9	Q74	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Extremität(en)	18
10	M67	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	18

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	M23.2	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung	120
2	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	74
3	S83.5	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes mit Beteiligung des (vorderen) (hinteren) Kreuzbandes	68
4	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	61
5	M19.9	Arthrose, nicht näher bezeichnet	59
6	M22.2	Krankheiten im Patellofemoralbereich	58
7	M23.3	Sonstige Meniskusschädigungen	39
8	M25.3	Sonstige Instabilität eines Gelenkes	33
9	S83.2	Meniskusriss, akut	32
10	M23.9	Binnenschädigung des Kniegelenkes, nicht näher bezeichnet	27
11	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	21
12	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	17
13	Q74.2	Sonstige angeborene Fehlbildungen der unteren Extremität(en) und des Beckengürtels	15
14	M67.4	Ganglion	14
15	M22.0	Habituelle Luxation der Patella	14
16	M19.0	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke	14
17	M23.5	Chronische Instabilität des Kniegelenkes	13
18	M21.1	Varusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert	11
19	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	11
20	M93.2	Osteochondrosis dissecans	11
21	M25.6	Gelenksteife, anderenorts nicht klassifiziert	11
22	Q65.8	Sonstige angeborene Deformitäten der Hüfte	11
23	M75.0	Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel	10
24	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	9

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
25	M25.5	Gelenkschmerz	9
26	M21.8	Sonstige näher bezeichnete erworbene Deformitäten der Extremitäten	7
27	S46.0	Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette	7
28	M00.9	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet	7
29	M21.0	Valgusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert	7
30	M23.8	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes	6

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-697.7	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	478
2	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	294
3	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	269
4	1-697.1	Diagnostische Arthroskopie: Schultergelenk	266
5	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	227
6	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	207
7	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	198
8	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	154
9	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Osteosynthesematerial bei Operationen am Weichteilgewebe	86
10	5-983	Reoperation	83
11	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	81
12	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik vorderes Kreuzband mit sonstiger autogener Sehne	80
13	5-819.x1	Andere arthroskopische Operationen: Sonstige: Akromioklavikulargelenk	72
14	5-786.k	Osteosyntheseverfahren: Durch winkelstabile Platte	52

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	5-814.1	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Refixation des Labrum glenoidale durch sonstige Verfahren	33
16	5-814.7	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenotomie der langen Bizepssehne	29
17	5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	29
18	5-811.20	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humeroglenoidalgelenk	27
19	5-781.9h	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Femur distal	26
20	5-852.f8	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entnahme von Sehnengewebe zur Transplantation: Oberschenkel und Knie	24
21	5-781.9k	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Tibia proximal	23
22	5-787.kh	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Femur distal	22
23	5-810.20	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humeroglenoidalgelenk	22
24	5-814.9	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenodese der langen Bizepssehne	21
25	5-803.6	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk: Medialer Bandapparat	19
26	5-800.0h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Kniegelenk	19
27	5-787.kk	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Tibia proximal	18
28	5-812.kh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Kniegelenk	18
29	5-786.3	Osteosyntheseverfahren: Durch Winkelplatte/ Kondylenplatte	17
30	1-482.x	Arthroskopische Biopsie an Gelenken: Sonstige	17

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-697	Diagnostische Arthroskopie	755
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	465

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

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

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

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche
Arbeitszeiten

40

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

Abkürzungen:

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

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche
Arbeitszeiten

38,50

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

Abkürzungen:

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

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

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

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

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

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

Abkürzungen:

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

B-[7] Klinik Wirbelsäule & Schmerz

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

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

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

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

B-[7].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Schloßstr. 85
PLZ/Ort:	40477 Düsseldorf
URL:	http://www.vkdd-kliniken.de

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1645
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	263
2	M54.4	Lumboischialgie	254
3	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	216
4	M54.5	Kreuzschmerz	159
5	M42.16	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen: Lumbalbereich	53
6	M80.00	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen	48
7	M50.0	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie	44
8	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	42
9	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	41
10	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	37
11	M19.05	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	35
12	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	29
13	G57.8	Sonstige Mononeuropathien der unteren Extremität	28
14	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	25
15	S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2	22
16	M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	22
17	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	20
18	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	16
19	M43.16	Spondylolisthesis: Lumbalbereich	16
20	S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3	14
21	M53.26	Instabilität der Wirbelsäule: Lumbalbereich	12
22	S22.05	Fraktur eines Brustwirbels: T9 und T10	11
23	S22.04	Fraktur eines Brustwirbels: T7 und T8	11
24	M54.2	Zervikalneuralgie	10

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	9
26	M46.46	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich	8
27	M84.48	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	8
28	S32.04	Fraktur eines Lendenwirbels: L4	7
29	G97.80	Postoperative Liquoristel	7
30	S32.05	Fraktur eines Lendenwirbels: L5	7

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M54	Rückenschmerzen	433
2	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	286
3	M48	Sonstige Spondylopathien	252
4	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	90
5	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	78
6	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	74
7	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	67
8	M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	56
9	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	52
10	M19	Sonstige Arthrose	36

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	263
2	M54.4	Lumboischialgie	254
3	M48.0	Spinal(kanal)stenose	250
4	M54.5	Kreuzschmerz	159
5	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	75
6	S22.0	Fraktur eines Brustwirbels	67
7	M42.1	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen	54

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
8	M80.0	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur	49
9	M50.0	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie	44
10	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	42
11	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	37
12	M19.0	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke	36
13	G57.8	Sonstige Mononeuropathien der unteren Extremität	28
14	M80.8	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur	25
15	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	20
16	M43.1	Spondylolisthesis	17
17	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	16
18	M53.2	Instabilität der Wirbelsäule	13
19	M79.2	Neuralgie und Neuritis, nicht näher bezeichnet	11
20	M46.4	Diszitis, nicht näher bezeichnet	11
21	M54.2	Zervikalneuralgie	10
22	M54.1	Radikulopathie	10
23	G97.8	Postoperative epidurale spinale Blutung	9
24	F45.4	Anhaltende Schmerzstörung	9
25	M84.4	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert	8
26	S12.2	Fraktur des 3. Halswirbels	7
27	R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz	6
28	M47.8	Sonstige Spondylose	6
29	G83.1	Monoparese und Monoplegie einer unteren Extremität	6
30	M47.2	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie	5

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	714
2	8-917.13	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule	625
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	557
4	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	457
5	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	429
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	393
7	5-830.4	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Drainage	333
8	5-831.0	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe	287
9	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	286
10	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	283
11	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	254
12	1-503.4	Biopsie an Knochen durch Inzision: Wirbelsäule	206
13	5-032.20	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 1 Segment	192
14	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	166
15	5-83a.02	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation: 3 oder mehr Segmente	163
16	5-839.61	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente	159
17	5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 2 Segmente	138
18	5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment	127
19	5-830.0	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Debridement	126
20	5-839.90	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung: 1 Wirbelkörper	101

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	5-830.1	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Sequesterotomie	97
22	8-918.01	Multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon weniger als 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	88
23	5-032.11	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 2 Segmente	86
24	5-983	Reoperation	86
25	5-839.5	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Revision einer Wirbelsäulenoperation	82
26	5-030.70	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 1 Segment	77
27	5-036.8	Plastische Operationen an Rückenmark und Rückenmarkhäuten: Spinale Duraplastik	76
28	5-836.50	Spondylodese: Ventral: 1 Segment	68
29	5-032.30	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Hemilaminektomie LWS: 1 Segment	67
30	8-914.1x	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: Sonstige	67

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	55
2	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	37
3	8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	17
4	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	< 4
5	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	< 4
6	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	< 4
7	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	MULTIMODALE SCHMERZTHERAPIE (VO18)
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie

1	MULTIMODALE SCHMERZTHERAPIE (VO18)
	Schmerztherapie
2	SCHMERZAMBULANZ
	Privatambulanz
	Zertifiziert für die Spinale Neurochirurgie/Wirbelsäulenchirurgie
3	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	Notfallversorgung

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

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

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	13,85	13,85	0,00	0,00	13,85	118,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	7,42	7,42	0,00	0,00	7,42	221,7

Abkürzungen:

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

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie
2	Orthopädie und Unfallchirurgie
3	Neurochirurgie

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
4	Allgemeinchirurgie
5	Physikalische und Rehabilitative Medizin

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Akupunktur
2	Intensivmedizin
3	Palliativmedizin
4	Spezielle Schmerztherapie

B-[7].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	28,40	26,64	1,76	0,00	28,40	57,9
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,16	0,16	0,00	0,00	0,16	10281,3

Abkürzungen:

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

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Diabetes
2	Entlassungsmanagement

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

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

Abkürzungen:

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

B-[8] Klinik für Orthopädie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Orthopädie
Straße:	Schloßstr.
Hausnummer:	85
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
URL:	https://www.vinzenz-duesseldorf.de/behandlungsangebote/kliniken/orthopaedie/

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2300) Orthopädie

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

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Christoph Schnurr, Chefarzt
Telefon:	0211 958 2900
Fax:	0211 958 2890
E-Mail:	ortho@vkkd-kliniken.de

B-[8].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Schloßstr. 85
PLZ/Ort:	40477 Düsseldorf
URL:	http://www.vkdd-kliniken.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen <i>MRT (evtl. mit Kontrastmittel)-/ CT-/ Ultraschall-, und Röntgen-Diagnostik, arthroskopische/offen-chirurgische Gelenkoperation mit feingeweblicher Untersuchung (Histologie), Entfernung der Gelenkinnenhaut (Synovektomie), Verödung der Gelenkinnenhaut (chemische Synoviorthese).</i>
2	Arthroskopische Operationen <i>Arthroskopische Hüftgelenkoperationen mit Entfernung und Wiederherstellung defekter Gewebes- und Gelenkanteilen. Arthroskopie bei einliegender Endoprothese am Kniegelenk (auch mit PE-Entnahme zum Infektausschluss) Sprunggelenksarthroskopie</i>
3	Spezialsprechstunde <i>Fußsprechstunde (dienstags 14-16.00 Uhr) Endoprothetik Revisionssprechstunde (mittwochs 14-16.00 Uhr)</i>
4	arthroskopische Chirurgie <i>Gesamtes Spektrum arthroskopischer Methoden an allen großen Gelenken (Knie-, Schulter-, Ellenbogen- und Sprunggelenk-Arthroskopie) - arthroskopische Gelenkoperationen mit Entfernung und Wiederherstellung defekter Gewebes- und Gelenkanteilen.</i>
5	Fußchirurgie <i>Korrigierende Vor- und Mittel-/Rückfußoperationen bei Ballenzehe (Hallux valgus), Verschleiß des Großzehengrundgelenkes (Hallux rigidus), Spreizfuß (mit Metatarsalgie), Krallen-/Hammerzehen.</i>
6	Diagnostik und Therapie von Arthropathien <i>MRT- und Röntgen-Diagnostik, arthroskopische/offen-chirurgische Gelenkoperation mit feingeweblicher Untersuchung (Histologie), Knorpeltherapie, Glenkersatz / -teilersatz.</i>
7	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie <i>Konservative Schmerztherapie inkl. intraartikulärer, ggf. bildgebungsgesteuerter Infiltration, Analgesie, Physiotherapie, Akkupunktur, Manuelle Medizin</i>
8	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien <i>MRT- und Röntgen-Diagnostik, arthroskopische/offen-chirurgische Gelenkoperation/-revision mit feingeweblicher Untersuchung (Histologie), Knorpeltherapie, Glenkersatz / -teilersatz (Endoprothese/Hemiprothese). Hüftgelenksarthroskopie</i>
9	Sonstige Behandlungsmöglichkeiten

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>Behandlung von Beinachsenfehlstellungen im Bereich der Hüfte und des Kniegelenkes, Behandlung von Beinlängenunterschieden sowie Hüftluxationen/Verrenkung des Hüftkopfes- gelenkerhaltende Hüft-, Knie- und Schulterchirurgie - operative Sprunggelenksversorgung.</i>
10	Endoprothetik <i>Zertifiziertes Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung mit Hüft-, Knie-, Sprunggelenksendoprothetik einschließlich aufwändiger Revisions-/Wechselendoprothetik, Eingriffe auch minimalinvasiv.</i>
11	Schmerztherapie <i>Schmerztherapeutisches Zentrum</i>
12	Metall-/Fremdkörperentfernungen <i>Metall-/Fremdkörperentfernungen im Bereich der Unteren-/ und Oberen Extremitäten</i>
13	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
14	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
18	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
19	Kinderorthopädie
20	Rheumachirurgie
21	Traumatologie
22	Bandrekonstruktionen/Plastiken
23	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
24	Septische Knochenchirurgie
25	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
26	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
27	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
28	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
29	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
30	Spezialsprechstunde

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

Vollstationäre Fallzahl:	903
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	329
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	245
3	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	63
4	M20.1	Hallux valgus (erworben)	27
5	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	21
6	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	20
7	M87.85	Sonstige Knochennekrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	19
8	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	8
9	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	8
10	M20.2	Hallux rigidus	8
11	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet	7
12	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	7
13	T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	7
14	M21.61	Erworbener Knick-Plattfuß [Pes planovalgus]	6
15	M19.17	Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	6
16	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	5
17	M20.5	Sonstige Deformitäten der Zehe(n) (erworben)	5
18	M19.07	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	5
19	Q66.6	Sonstige angeborene Valgusdeformitäten der Füße	5
20	T84.8	Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	4
21	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose	4
22	M24.85	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4
23	S76.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris	< 4
24	M93.27	Osteochondrosis dissecans: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	M84.15	Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4
26	M16.5	Sonstige posttraumatische Koxarthrose	< 4
27	M84.17	Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
28	M16.0	Primäre Koxarthrose, beidseitig	< 4
29	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	< 4
30	M76.6	Tendinitis der Achillessehne	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	369
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	264
3	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	96
4	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	43
5	M87	Knochennekrose	19
6	S72	Fraktur des Femurs	14
7	M19	Sonstige Arthrose	13
8	M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	9
9	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	9
10	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	5

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	329
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	245
3	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	63
4	M20.1	Hallux valgus (erworben)	27
5	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	21
6	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	20
7	M87.8	Sonstige Knochennekrose	19

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
8	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	8
9	M20.2	Hallux rigidus	8
10	M21.6	Erworbener Hohlfuß [Pes cavus]	8
11	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	8
12	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	8
13	T84.1	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen	7
14	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet	7
15	M84.1	Nichtvereinigung der Frakturenden [Pseudarthrose]	6
16	M19.1	Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke	6
17	M20.5	Sonstige Deformitäten der Zehe(n) (erworben)	5
18	M19.0	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke	5
19	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	5
20	Q66.6	Sonstige angeborene Valgusdeformitäten der Füße	5
21	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose	4
22	T84.8	Sonstige Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	4
23	M24.8	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
24	M93.2	Osteochondrosis dissecans	< 4
25	M16.5	Sonstige posttraumatische Koxarthrose	< 4
26	S76.1	Verletzung des Muskels und der Sehne des M. quadriceps femoris	< 4
27	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
28	M00.8	Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger	< 4
29	M00.0	Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken	< 4
30	M76.6	Tendinitis der Achillessehne	< 4

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	311
2	5-988	Anwendung eines Navigationssystems	259
3	5-804.5	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Teilresektion der Patella	251
4	5-800.4h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Kniegelenk	251
5	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert	219
6	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	67
7	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	57
8	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	55
9	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	53
10	5-784.0d	Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen: Becken	51
11	5-829.k	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	48
12	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	41
13	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	32
14	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert	32
15	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	31
16	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	30
17	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	29
18	1-854.6	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Hüftgelenk	27
19	5-786.1	Osteosyntheseverfahren: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage	25
20	5-800.5g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Hüftgelenk	25

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung	22
22	5-800.5h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Kniegelenk	21
23	5-829.e	Andere gelenkplastische Eingriffe: Verwendung von hypoallergenem Knochenersatz- und/oder Osteosynthesematerial	21
24	5-788.40	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 1. Zehenstrahles	19
25	5-829.h	Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk	16
26	5-823.2b	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert	15
27	5-785.4h	Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Metallischer Knochenersatz: Femur distal	15
28	5-784.7d	Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen: Becken	14
29	5-808.b2	Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 1 Gelenk	13
30	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	13

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	406
2	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	382
3	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	274
4	5-988	Anwendung eines Navigationssystems	259
5	5-804	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat	256
6	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	116
7	5-784	Knochen transplantation und -transposition	94
8	5-786	Osteosyntheseverfahren	87
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	67
10	5-986	Minimalinvasive Technik	67

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
2	SPEZIALSPRECHSTUNDE (VC58)
	Privatambulanz
3	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
4	AMBULANZ IM RAHMEN EINES VERTRAGES ZUR INTEGRIERTEN VERSORGUNG NACH § 140A ABSATZ 1 SGB V
	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V

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

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)	9,64	9,64	0,00	0,00	9,64	93,7
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,77	5,77	0,00	0,00	5,77	156,5

Abkürzungen:

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

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Akupunktur
2	Manuelle Medizin/Chirotherapie
3	Spezielle Orthopädische Chirurgie
4	Notfallmedizin

B-[8].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	12,38	12,38	0,00	0,00	12,38	72,9
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	1,13	1,13	0,00	0,00	1,13	799,1
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,10	0,10	0,00	0,00	0,10	9030,0

Abkürzungen:

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

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

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Intensivpflege und Anästhesie
4	Praxisanleitung

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

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

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

Abkürzungen:

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

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschríttmacherver: Herzschríttmacher-Implantation (09/1)	Datenschutz	Datenschutz
2	Herzschríttmacherver: Aggregatwechsel (09/2)	Datenschutz	Datenschutz
3	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	44	100
4	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	138	100
5	Hüftendoprothesenve (HEP)	471	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
6	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	428	100,2
7	Hüftendoprothesenve Hüft- Endoprothesenwechs und - komponentenwechsel (HEP_WE)	47	89,4
8	Knieendoprothesenve (KEP)	296	100
9	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie- Schlittenprothesen (KEP_IMP)	263	100
10	Knieendoprothesenve : Knieendoprothe- senwechsel und -komponentenwechse (KEP_WE)	33	100
11	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	172	99,4

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

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

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

1	Komplikationen während oder aufgrund der Operation		
	Kennzahl-ID	1103	
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,77 % - 0,9 %
	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
2	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51191
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,91 % - 1,03 %
	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
3	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden	
	Kennzahl-ID	52305
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

4	Fachlicher Hinweis IQTIG		Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %	
	BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1	
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	
	Vertrauensbereich	95,61 % - 95,76 %	
	FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	6	
	Erwartete Ereignisse	-	
	Grundgesamtheit	6	
	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	
Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde			
Kennzahl-ID	52311		
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers		
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein		

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

= 3,00 % (Toleranzbereich)

Vertrauensbereich

1,33 % - 1,5 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

5

Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers aufgrund eines verlangsamten Herzschlags

Kennzahl-ID

54139

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

>= 90,00 % (Zielbereich)

Vertrauensbereich

92,56 % - 92,93 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

6

Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem

Kennzahl-ID

54140

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

>= 90,00 % (Zielbereich)

Vertrauensbereich

98,19 % - 98,37 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

7

Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Mehrzahl der Fälle implantiert werden sollte

Kennzahl-ID

54141

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

Nicht definiert

Vertrauensbereich

96,27 % - 96,54 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr

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.

8

Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Minderzahl der Fälle implantiert werden sollte

Kennzahl-ID

54142

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,17 % - 0,24 %
	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.
9	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte	
	Kennzahl-ID	54143
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

= 10,00 % (Toleranzbereich)

Vertrauensbereich

1,58 % - 1,77 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

10

Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Kennzahl-ID

1096

Leistungsbereich

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

= 1,00 % (Toleranzbereich)

Vertrauensbereich

0,06 % - 0,16 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

11

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Kennzahl-ID

51398

Leistungsbereich

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

Sentinel-Event

Vertrauensbereich

0,18 % - 0,33 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

eingeschränkt/nicht vergleichbar

12

Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden

Kennzahl-ID

52307

Leistungsbereich

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	64,57 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	97,67 % - 97,88 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	7

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

13

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

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

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 4,37 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,07 % - 1,24 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
14	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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	6,4 % - 26,71 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,94 % - 16,53 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	44
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert
15	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	54033
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

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

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
17	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
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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 7,74 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,54 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,66 % - 0,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,46
Grundgesamtheit	44
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
18	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	54046
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenskollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,02 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,97 % - 1,04 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
19	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)	
	Kennzahl-ID	52010
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	U33 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↪ unverändert
20	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
Kennzahl-ID	54001
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	97,4 % - 99,6 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,56 % - 96,73 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	387
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	391
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↪ unverändert
21	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile
Kennzahl-ID	54002
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		74,46 % - 94,68 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		>= 86,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich		92,56 % - 93,17 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		36
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		41
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,34 % - 15,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

23	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	86,99 % - 93,1 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	94,9 % - 95,1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	323
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	357

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
24	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus	
Kennzahl-ID		54010
Leistungsbereich		Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		98,57 % - 99,95 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich		97,95 % - 98,08 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		391
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		392
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
25	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID		54012
Leistungsbereich		Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
26	Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben	
	Kennzahl-ID	54013
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

27	Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	Kennzahl-ID	54015
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	10,85 % - 11,37 %
	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
28	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	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,7 % - 3,29 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 6,03 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,56 % - 1,68 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	6
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	393
	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	Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten	
	Kennzahl-ID	54017
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 8,38 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 17,46 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5,93 % - 6,51 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	42

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

30

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

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	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 11,11 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	4,35 % - 4,69 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
31	Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen	
	Kennzahl-ID	54019
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,4 % - 2,59 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 7,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,34 % - 2,48 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	393
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
33	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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		96,95 % - 99,77 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich		97,56 % - 97,72 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		233
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		235
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
34	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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	82,29 % - 99,37 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,65 % - 96,2 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	27
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	28
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
35	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	
	Kennzahl-ID	54022
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	84,68 % - 99,46 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 86,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,47 % - 91,28 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	33
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

36	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	95,11 % - 98,95 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 80,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	92,29 % - 92,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	257
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	263

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

37	Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	54028
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 2,34 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,22 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,62
Grundgesamtheit	290

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

38	Spezifische Komplikationen beim geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	
	Kennzahl-ID	54124
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 4,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,04 % - 1,14 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile auftreten	
	Kennzahl-ID	54125
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 14,70 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	4,71 % - 5,33 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
40	Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben	
	Kennzahl-ID	54127
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

41	Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 1,38 %	
	BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1	
	Referenzbereich	Sentinel-Event	
	Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %	
	FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0	
	Erwartete Ereignisse	-	
	Grundgesamtheit	274	
	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	
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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	94,97 % - 99,4 %
-------------------	------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,39 % - 98,48 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	168
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	171

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

42

Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)

Kennzahl-ID	2006
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	94,85 % - 99,39 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	164
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	167

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

43	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
Kennzahl-ID	2007
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	51,01 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	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.

44	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
Kennzahl-ID	2009
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	97,68 % - 100 %	
	BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1	
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)	
	Vertrauensbereich	95,18 % - 95,35 %	
	FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	162	
	Erwartete Ereignisse	-	
	Grundgesamtheit	162	
	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	
45	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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	84,96 % - 96,22 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,88 % - 94,13 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	84
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	91

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

46

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	91,74 % - 98,7 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,49 % - 95,68 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	116
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	120
	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
47	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus	
	Kennzahl-ID	50722
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	90,67 % - 97,51 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	96,18 % - 96,32 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	156
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	164
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

48	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	Kennzahl-ID	50778
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	1,03 % - 1,92 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,03 % - 1,05 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	22,5
Grundgesamtheit	171
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	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:	Quartalsberichte
Messzeitraum:	Ganzjährig in Quartalsauswertungen
Datenerhebung:	Über § 21 Datensatz
Rechenregeln:	
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

	AUSNAHMEN	AUSNAHMEN	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHRE)	AUSNAHMEN
1	Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	236	
2	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	1	

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

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):	52
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	41
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	41

* 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).