

Strukturierter Qualitätsbericht
für das Berichtsjahr 2019

Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH
St. Vinzenz-Krankenhaus



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	2
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	4
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9 Anzahl der Betten	11
A-10 Gesamtfallzahlen	11
A-11 Personal des Krankenhauses	11
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	13
A-13 Besondere apparative Ausstattung	27
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	28
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	29
B-[1] Klinik für Diagnostische Radiologie	29
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	29
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	29
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	30
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	30
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	30

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

B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	42
B-[3]	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	42
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	43
B-[3].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	43
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	43
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	43
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	45
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	45
B-[3].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	46
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	47
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	48
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	49
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	50
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	50
B-[3].11	Personelle Ausstattung	50
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	50
B-[3].11.2	Pflegepersonal	51
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	52
B-[4]	Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin	52
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	52
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	52
B-[4].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	52
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	53
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	53
B-[4].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	53

B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	53
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	54
B-[4].11	Personelle Ausstattung	54
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	54
B-[4].11.2	Pflegepersonal	54
B-[4].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	55
B-[5]	Klinik für Viszeral-, Minimalinvasive und Onkologische Chirurgie	55
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	56
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel	56
B-[5].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	56
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	56
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	56
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	57
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	57
B-[5].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	58
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	59
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	60
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 Düsseldorf	63
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	63

B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel	64
B-[6].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	64
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	64
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	64
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	66
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	66
B-[6].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	67
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	67
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	69
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	69
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	70
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	70
B-[6].11	Personelle Ausstattung	70
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen	70
B-[6].11.2	Pflegepersonal	71
B-[6].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	72
B-[7]	Klinik Wirbelsäule & Schmerz	72
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	72
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	72
B-[7].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	72
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	73
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	73
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	73
B-[7].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	74
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	75
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	76
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	77

B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	77
B-[7].11	Personelle Ausstattung	77
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen	77
B-[7].11.2	Pflegepersonal	78
B-[7].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	79
B-[8]	Klinik für Orthopädie	79
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	79
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel	79
B-[8].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	80
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	80
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	80
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	82
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD	82
B-[8].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	83
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	83
B-[8].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	85
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	85
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	86
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	86
B-[8].11	Personelle Ausstattung	86
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen	86
B-[8].11.2	Pflegepersonal	87
B-[8].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	88
C	Qualitätssicherung	88
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	88
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	145

C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	145
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	145
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	145
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 146 2 SGB V	146
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	146
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	147

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. 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 ist ein Kompetenzzentrum für Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie vorhanden.

Über dies hinaus sind hervorzuheben:

- Zertifikat für das Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung, verliehen durch EndoCert auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie (DGOOC)
- Listung der Klinik für Orthopädie im Endoprothesenregister Deutschland (EPRD)
- Rapid-Recovery-Programm in der Orthopädie zur Behandlung von Hüft- und Knie-TEP-Patienten
- Excellence-Zertifikat der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (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.

Einleitung

Verantwortliche:

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

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 Internetseite 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-Patch 2019.4.1, 22.10.2019

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

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Krankenhaus Mörsenbroich-Rath / St. Vinzenz-Krankenhaus
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
Straße:	Schloßstr.
Hausnummer:	85
IK-Nummer:	260511805
Standort-Nummer alt:	4
Telefon-Vorwahl:	0211
Telefon:	95801
Krankenhaus-URL:	https://www.vinzenz-duesseldorf.de/

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	St. Vinzenz-Krankenhaus
PLZ:	40477
Ort:	Düsseldorf
Straße:	Schloßstr.
Hausnummer:	85
IK-Nummer:	260511805
Standort-Nummer alt:	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@vkkd-kliniken.de

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

Leitung des Standorts:

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

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

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

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität:

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

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	<p>Fußreflexzonenmassage</p> <p><i>Gezielte Fußreflexzonenmassagen durch qualifizierte Therapeuten.</i></p>
2	<p>Physikalische Therapie/Bädertherapie</p> <p><i>Med. Bäder. Patienten mit Funktionsstörungen des Bewegungsapparates werden von Mitarbeitern der Physik. Therapie (Physiotherapeuten, Masseur) über den gesamten stationären Aufenthalt im St. Vinzenz-Krankenhaus begleitet. Ultraschalltherapie, Wärme-(Fango, Heißluft, heiße Rolle) und Kältetherapie.</i></p>
3	<p>Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege</p> <p><i>Individuelle Steuerung der Entlassungsplanung möglichst zur optimalen Wiedereingliederung in die gewohnte Umgebung.</i></p>
4	<p>Diät- und Ernährungsberatung</p> <p><i>Unsere Diätassistentinnen werden unterstützt durch die Menüassistentinnen. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Westdeutschen Diabetes- und Gesundheitszentrum.</i></p>
5	<p>Massage</p> <p><i>Im Rahmen der Physiotherapie bieten wir klassische Massagen an. Bindegewebsmassage, Colonmassage, Fazienebehandlungstechniken, Triggerpunktbehandlungen.</i></p>
6	<p>Basale Stimulation</p> <p><i>Angebot über das Pflegepersonal</i></p>
7	<p>Atemgymnastik/-therapie</p> <p><i>Angebot über die Physiotherapie im Hause</i></p>
8	<p>Kinästhetik</p> <p><i>Begleitet Sie in der Wahrnehmung der eigenen Bewegung als zentralen Weg zur ganzheitlichen Gesundheitsförderung.</i></p>
9	<p>Spezielles pflegerisches Leistungsangebot</p> <p><i>Gesundheit, Hilfe und Geborgenheit wollen wir mit einem ganzheitlichen Pflegekonzept erreichen, das durch qualifiziertes und engagiertes Pflegepersonal umgesetzt wird.</i></p>
10	<p>Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse</p> <p><i>Handlungsfeld. Bewegung wie z. B. Rückengymnastik, Wassergymnastik.</i></p>
11	<p>Wärme- und Kälteanwendungen</p> <p><i>Im Rahmen der Behandlung in der Physikalischen Therapie, heiße Rolle, Fango, Tiefenwärme.</i></p>
12	<p>Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik</p> <p><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></p>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
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, Mahlzeitendienst, 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	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie <i>Nur manuelle Therapie</i>
25	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>Die jeweiligen Stationsleitungen stellt gerne den Kontakt zum Sozialdienst für Sie her.</i>
26	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Präoperative Gangschule für Patienten, Beratung zur Sturzprophylaxe</i>
27	Schmerztherapie/-management <i>Multimodale konservative und operativ-invasive Schmerztherapie</i>
28	Akupunktur <i>Traditionelle chinesische Medizin</i>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
29	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>Einzel- und Gruppentherapie im Rahmen des stationären Aufenthaltes und als ambulantes Angebot.</i>
30	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) <i>Im Rahmen der Krankengymnastik tiefensensorisches Training.</i>
31	Spezielle Entspannungstherapie <i>Autogene Training, Progressive Muskelentspannung, Feldenkrais</i>
32	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen <i>Forced-Use-Therapie, Bewegungsinduktionstherapie, Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie.</i>
33	Biofeedback-Therapie <i>Wird über unsere Schmerztagesklinik angeboten.</i>
34	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>Vermittlung und Beratung erfolgt durch den Sozialdienst.</i>
35	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Vorhanden.</i>
2	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/
3	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen <i>Wenn Ihnen eine spezielle Diät verordnet wurde, helfen Ihnen unsere Diätassistentinnen gerne bei der Aufstellung Ihres individuellen Speiseplans. Vollkost, leichte Kost, vegetarisch, vegan, Reduktionskost, Purinarmer Kost, Eiweißreiche/-arme Kost, Divertikelkost usw.</i>
4	Seelsorge/spirituelle Begleitung <i>- siehe Freitext 2 - Pfarrer Wolfgang Vossen, katholische Seelsorge - ev. Pfarrerin Doris Taschner, evangelische Seelsorge</i> https://www.vkhd-kliniken.de/vkhd/krankenhaus-seelsorge/

LEISTUNGSANGEBOT	
5	Empfangs- und Begleitdienst 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.vkcd-kliniken.de/vkcd/patienten-besucher/ehrenamt/
6	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Vorhanden.</i>
7	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>
8	Zwei-Bett-Zimmer <i>Vorhanden.</i>
9	Ein-Bett-Zimmer <i>Vorhanden.</i>
10	Abschiedsraum <i>Das Pflegepersonal ist gerne bereit Ihnen die Möglichkeit zu geben den Abschiedsraum aufzusuchen.</i>
11	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen <i>Hinweis kommt vom Sozialdienst.</i>

Seelsorge im VKKD

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

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

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

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

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

Ihr Seelsorgeteam

Unsere Angebote für Sie

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

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

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

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
2	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) <i>Unsere Aufzüge sind alle vom Rollstuhl aus bedienbar.</i>
3	Rollstuhlgerechter Zugang zu 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>OP Tische von 155 bis max. 245 kg. Bei Übergröße können oben und unten Teile an den OP-Tisch angebaut werden. Bei extremem Übergewicht und Übergröße der Betten wird von Hand geschleust.</i>

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
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 und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift <i>Dem Patienten werden in den Aufzügen die Etagen angesagt.</i>
12	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung <i>Unsere Kapelle lädt Sie tagsüber zur Andacht oder zu stillen Momenten ein.</i>
13	Diätetische Angebote <i>Wenn Ihnen spezielle Diät verordnet wurde helfen Ihnen unsere Diätassistentinnen beim Aussuchen der Speisen. Die Menueassistentin unterstützen sie dabei.</i>
14	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>englisch, türkisch, arabisch, griechisch.</i>
15	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen
16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
17	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus <i>Aufnahme- und Wahlleistungsvertrag liegen in Englisch und Russisch vor.</i>
18	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
19	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
20	Aufzug mit visueller Anzeige

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	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
3	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten <i>Prof. Dr. med. R. J. Adamek ist Lehrbeauftragter der Ruhruniversität Bochum für Innere Medizin. Prof. Dr. med. C. Schnurr, Lehrauftrag an der Universität zu Köln und der Heinrich Heine Universität Düsseldorf sowie die Herren Dres. Herdmann und Nebelung.</i>

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
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

Anzahl Betten: 322

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	9081
Teilstationäre Fallzahl:	327
Ambulante Fallzahl:	24445

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

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	77,95	77,31	0,64	0,00	77,95
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	46,70	46,06	0,64	0,00	46,70
Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0,50	0,50	0,00	0,00	0,50

Abkürzungen:

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

A-11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	152,65 27,11	149,97 26,20	2,68 0,91	6,67 6,67	145,98 20,44
Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,11 0,00	1,01 0,00	0,10 0,00	0,00 0,00	1,11 0,00
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	8,10 0,84	8,10 0,84	0,00 0,00	0,00 0,00	8,10 0,84
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	1,12 0,82	1,12 0,82	0,00 0,00	0,00 0,00	1,12 0,82
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,70 7,94	8,09 6,36	1,61 1,58	0,00 0,00	9,70 7,94
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	6,23 5,49	6,21 5,47	0,02 0,02	2,75 2,75	3,48 2,74

Abkürzungen:

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diätassistentin und Diätassistent	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Heilpraktikerin und Heilpraktiker	0,44	0,44	0,00	0,00	0,44
Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	3,07	3,07	0,00	0,00	3,07

Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	7,11	7,11	0,00	0,00	7,11
Physiotherapeutin und Physiotherapeut	11,99	11,99	0,00	0,00	11,99
Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	1,58	1,58	0,00	0,00	1,58
Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	1,88	1,88	0,00	0,00	1,88
Sozialpädagogische Assistentin und Sozialpädagogischer Assistent/Kinderpflegerin und Kinderpfleger	1,99	1,99	0,00	0,00	1,99

Abkürzungen:

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

A-12.1.2 Lenkungsremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Arztdienst, Pflegedienst, Administration - Beschwerdemanager, Qualitätsmanagementbeauftragte,r Risikomanagementbeauftragter
Tagungsfrequenz des Gremiums:	halbjährlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:

Arztdienst, Pflegedienst, Administration - Beschwerdemanager, Qualitätsmanagementbeauftragter, Risikomanagementbeauftragter

Tagungsfrequenz des Gremiums:

quartalsweise

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 Plasma derivaten 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 freiheitsentziehender Maßnahmen, AB N 013.3 Einverständniserklärung des Patienten zu freiheitsentziehenden Maßnahmen Letzte Aktualisierung: 22.10.2009</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
6	<p>Klinisches Notfallmanagement</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: PB - Notfallmanagement</i> <i>Letzte Aktualisierung: 29.11.2016</i></p>
7	<p>Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: AB K Prozessziel Technik</i> <i>Letzte Aktualisierung: 02.11.2009</i></p>
8	<p>Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen</p>
9	<p>Anwendung von standardisierten OP-Checklisten</p>
10	<p>Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Dekubitus</i> <i>Letzte Aktualisierung: 19.02.2016</i></p>
11	<p>Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: AB D 020 OP Statut, AB D011.2 Aufwachraum,</i> <i>Letzte Aktualisierung: 23.04.2014</i></p>
12	<p>Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen</p>
13	<p>Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: AB A Prozessziel Aufnahme, AB A 002 Regelaufnahmestationärer Patient</i> <i>Letzte Aktualisierung: 02.11.2009</i></p>
14	<p>Sturzprophylaxe</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA-Sturzprophylaxe</i> <i>Letzte Aktualisierung: 15.12.2016</i></p>
15	<p>Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: F - Checkliste OP - Patientensicherheit</i> <i>Letzte Aktualisierung: 23.08.2017</i></p>
16	<p>Mitarbeiterbefragungen</p>
17	<p>Entlassungsmanagement</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: AB E Prozessziel Entlassung</i> <i>Entlassung vom 02.11.2009</i> <i>Letzte Aktualisierung: 02.11.2009</i></p>

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

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

- 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>
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. Arzneimittelsicherheit durch Verblisterung und Einführung einer Verordnungs-Software.

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	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, 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
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	2 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	5
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	14

¹⁾ 2 Krankenhaushygieniker für den VKKD.

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	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 (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	21
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag): 79

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen <i>VARIA-KISS CDAD-KISS OP-KISS ITS-KISS MRSA-KISS</i>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
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:

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT		ERFÜLLT?
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. <i>PB-Beschwerdemanagement</i>	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert. <i>PB-Beschwerdemanagement</i>	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden <i>Formulare und Briefkästen im Aufzugsbereich.</i>	Ja
9	Patientenbefragungen <i>Patientenbefragungen werden kontinuierlich durchgeführt.</i>	Ja
10	Einweiserbefragungen <i>Punktuell.</i>	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums:	Arzneimittelkommission
-------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
---	----------------------------------

Kontaktdaten:

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
3	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: 5.1.4 Standardbögen Arzneimittelnanamnese -siehe Freitext 2 - Letzte Aktualisierung: 01.11.2018</i>
4	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
5	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe -Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung)
6	SOP zur guten Verordnungspraxis

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
7	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
8	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
9	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

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

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

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

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

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

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

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

Auswahlliste "Arzneimitteltherapiesicherheit" (A-12.5.4)

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

AS01 Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen:

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

AS02 Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für

Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel für Kinder

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

AS03 Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel Anamnese

- Standardisierte Bögen zur Arzneimittelanamnese Verfahrensanweisung (Stand 11/2018):
- 5.1.4 Vinzenz-Krankenhaus

AS04 Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)

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

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

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

AS06 SOP zur guten Verordnungspraxis

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

11/2018

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

- Elektronische Verordnung in Verordnungssoftware "Meona" mittels Eingabe von Wirkstoff- bzw. Präparatenamen,
 - Voreinstellungen bei Dosierung und Applikationszeitpunkt,
 - Hinterlegung fachspezifischer Therapiestandards durch Apotheker
- AS08 Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)**

- Elektronische Arzneimittelinformationssysteme:
- Roe Liste® Lauer-Taxe® Gelbe Liste®

- Fachinfo-Service®
- Verordnungssoftware "Meona"
- Software Zytostatikaherstellung "Zenzy"

AS09 Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

Verfahrensanleitungen:

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

AS10 Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

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

AS11 Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln

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

AS12 Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

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

AS13 Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart? Ja

Stufen der Notfallversorgung:

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

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 1:

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt: Nein

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

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Klinik für 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.vkkd-kliniken.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3751) Radiologie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herrn Dr. med. Rolf Gebing, Chefarzt
Telefon:	0211 958 2701
Fax:	0211 958 2714
E-Mail:	gebing@vkkd-kliniken.de
Adresse:	Schloßstr. 85
PLZ/Ort:	40477 Düsseldorf
URL:	http://www.vkkd-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. Kontrastmittellgabe 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, tharakal 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
Kommentar/Erläuterung:	117 ambulant

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	2,75	2,75	0,00	0,00	2,75	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	2,75	2,75	0,00	0,00	2,75	0,0

Abkürzungen:

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

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Radiologie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	
---	--

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/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

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

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
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
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:	3539
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	114
2	K29.1	Sonstige akute Gastritis	105
3	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	102
4	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	97

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	E86	Volumenmangel	75
6	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	72
7	K63.5	Polyp des Kolons	72
8	R55	Synkope und Kollaps	59
9	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	58
10	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	44
11	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	38
12	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	37
13	K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	37
14	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	37
15	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	34
16	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	31
17	F19.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	30
18	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	29
19	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	29
20	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	27
21	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	27
22	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	26
23	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	26
24	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	26
25	C90.00	Multiples Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission	25
26	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	25
27	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	24
28	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	24
29	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	24
30	C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission	22

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K29	Gastritis und Duodenitis	170
2	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	146
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	125
4	I50	Herzinsuffizienz	111
5	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	97
6	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	78
7	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	77
8	K57	Divertikulose des Darmes	76
9	E86	Volumenmangel	75
10	A41	Sonstige Sepsis	68
11	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	65

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1496
2	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	1476
3	1-653	Diagnostische Proktoskopie	964
4	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	798
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	773
6	3-056	Endosonographie des Pankreas	759
7	3-054	Endosonographie des Duodenum	759
8	3-051	Endosonographie des Ösophagus	757
9	3-053	Endosonographie des Magens	757
10	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	757
11	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	714
12	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	641

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
13	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	373
14	3-058	Endosonographie des Rektums	307
15	3-05b.0	Endosonographie der Harnblase und der Urethra: Transrektal	307
16	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	304
17	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	284
18	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	178
19	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	177
20	1-636.0	Diagnostische Intestinoskopie (Endoskopie des tiefen Jejunums und Ileums): Einfach (durch Push-Technik)	139
21	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	137
22	3-05c.0	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane: Transrektal	130
23	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	129
24	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	125
25	1-710	Ganzkörperplethysmographie	119
26	8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern	114
27	8-900	Intravenöse Anästhesie	99
28	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	81
29	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	80
30	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	78

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1524
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1497
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	977
4	1-653	Diagnostische Proktoskopie	964
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	871
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	773

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	761
8	3-056	Endosonographie des Pankreas	759
9	3-054	Endosonographie des Duodenum	759
10	3-053	Endosonographie des Magens	757
11	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	714
12	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	641
13	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	205

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
	<i>Vereinbaren Sie einen Termin, Tel: (02 11) 958-2851. http://www.vinzenz-duesseldorf.de/unsere_kliniken/innere_medizin/chefarzt/</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	136
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	50
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	19
4	5-469	Andere Operationen am Darm	11
5	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	6
6	5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	5
7	3-051	Endosonographie des Ösophagus	< 4
8	3-056	Endosonographie des Pankreas	< 4
9	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	< 4
10	3-054	Endosonographie des Duodenum	< 4

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	19,13	18,68	0,45	0,00	19,13	185,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,86	5,41	0,45	0,00	5,86	603,9

Abkürzungen:

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

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin und 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 Tumortherapie
2	Labordiagnostik - fachgebunden -
3	Intensivmedizin
4	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[2].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	52,08	51,38	0,70	0,00	52,08	68,0

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	1,11	1,01	0,10	0,00	1,11	3188,3
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00	1769,5
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,30	0,30	0,00	0,00	0,30	11796,7
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,83	0,83	0,00	0,00	0,83	4263,9
Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,74	0,74	0,00	0,00	0,74	4782,4

Abkürzungen:

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

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Hygienebeauftragte in der Pflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Intensiv- und Anästhesiepflege
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/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herrn Dr. med. Albrecht Pilz, leitender Arzt
Telefon:	0211 958 2750
Fax:	0211 958 2757
E-Mail:	carina.klaus@vkkd-kliniken.de
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 <i>Hochgradig traumatisch geschädigte Gelenke, besonderes das Hüft- und Schultergelenk, können mit modernen gelenkersetzenden Verfahren (z.B. Schenkelhalsfraktur mit Duokopf- und Hüfttotalendoprothese, Schultergelenksfraktur mit Traumakopf- oder Inverser Prothese) versorgt werden.</i>
11	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels <i>Die Anwendung von modernen Osteosynthesefahren ist ein besonderer Schwerpunkt der Klinik. Es kommen die verschiedenste Implantate aus dem Bereich der konventionellen und winkelstabilen Osteosynthese in Form von Platten, Schrauben und Nägeln bei Frakturen der Extremitäten zur Anwendung.</i>
12	Arthroskopische Operationen <i>Frakturen des Schienbeinkopfes werden regelmäßig arthroskopisch gestützt versorgt.</i>
13	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen <i>Der Schwerpunkt der Abteilung liegt in der operativen Therapie der Unfallpatienten mit allen modernen Operations- und Osteosyntheseverfahren. Der operative Zugang erfolgt dabei über offene oder wenn möglich auch über minimalinvasive Methoden.</i>
14	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes <i>Ein Schwerpunkt ist die Akutbehandlung von Sportverletzten. Es besteht ein Kooperationsvertrag mit dem Stadtsportbund Düsseldorf. Gelenkverletzungen durch Sportunfälle werden nach aktuellem Stand der Sportmedizin behandelt.</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
15	<p>Wirbelsäulenchirurgie</p> <p><i>Wirbelsäulenverletzung mit Anwendung offener und minimalinvasiver Stabilisierung von Wirbelfrakturen. Dabei werden auch Endoskopisch assistierte Operation an der Brust- und Lendenwirbelsäule mit Wirbelkörperersatz durchgeführt.</i></p>
16	<p>Amputationschirurgie</p> <p><i>Die Versorgung von akut, teils auch schwer verletzten Patienten erfolgt nach den geltenden ATLS Kriterien. Hierzu ist die Notfallambulanz entsprechend personell und medizin-technisch ausgerüstet.</i></p>
17	<p>Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels</p> <p><i>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.</i></p>
18	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
19	<p>Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand</p> <p><i>In der Handchirurgie werden die operative wie konservative Behandlung von Frakturen der gesamten Hand und die Behebung von Nervenengpass-Syndromen der oberen Extremitäten angeboten.</i></p>
20	Notfallmedizin
21	<p>Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes</p> <p><i>Versorgung von Weichteilverletzungen wie Rupturen von großen Sehnen, Haut- Unterhaut und Muskelverletzungen mit der Anwendung von rekonstruktiven Maßnahmen. Vakuumversiegelung und nachfolgende Hautdeckung auch im Rahmen des Wundmanagements.</i></p>
22	<p>Chirurgische Intensivmedizin</p> <p><i>Unfallchirurgische Intensivmedizin: Die Überwachung der Patienten erfolgt zum einem auf der interdisziplinär geführten Intensivstation und zum anderen über zwei eigenständig geführte intermediate Care Betten.</i></p>
23	<p>Notfallmedizin</p> <p><i>Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist struktureller Bestandteil der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie und wird von dieser geleitet. Ausbildung und Durchführung der Notfallmedizin nach Richtlinien gemäß ATLS und ERC.</i></p>

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

Vollstationäre Fallzahl:	1160
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06.0	Gehirnerschütterung	144
2	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	60
3	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	51
4	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	47
5	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	33
6	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	33

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	29
8	S32.1	Fraktur des Os sacrum	29
9	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	21
10	S86.0	Verletzung der Achillessehne	17
11	S42.02	Fraktur der Klavikula: Mittleres Drittel	16
12	S82.81	Bimalleolarfraktur	16
13	S70.0	Prellung der Hüfte	15
14	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	15
15	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	14
16	A46	Erysipel [Wundrose]	13
17	S52.52	Distale Fraktur des Radius: Flexionsfraktur	13
18	S42.24	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Tuberculum majus	13
19	S42.03	Fraktur der Klavikula: Laterales Drittel	13
20	S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen	13
21	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	12
22	S20.2	Prellung des Thorax	12
23	S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	12
24	S82.82	Trimalleolarfraktur	11
25	S52.01	Fraktur des proximalen Endes der Ulna: Olekranon	11
26	S52.11	Fraktur des proximalen Endes des Radius: Kopf	11
27	S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile	10
28	S82.0	Fraktur der Patella	10
29	S22.44	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von vier und mehr Rippen	10
30	S32.5	Fraktur des Os pubis	10

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06	Intrakranielle Verletzung	155
2	S52	Fraktur des Unterarmes	140
3	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	134
4	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	130
5	S72	Fraktur des Femurs	127

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	52
7	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	34
8	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	27
9	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	22
10	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	20

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	138
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	133
3	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	90
4	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	87
5	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	72
6	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	62
7	5-794.k1	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerus proximal	49
8	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	44
9	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	42
10	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	38
11	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	36
12	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	35
13	5-794.11	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerus proximal	32
14	5-793.3r	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	29
15	5-794.0n	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia distal	26

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	5-796.k0	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Klavikula	26
17	5-793.1r	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula distal	25
18	5-790.0e	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Schenkelhals	25
19	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	24
20	5-794.0r	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula distal	23
21	5-794.2r	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	22
22	5-855.19	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Unterschenkel	20
23	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	18
24	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	18
25	5-850.d8	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Oberschenkel und Knie	17
26	5-794.af	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	16
27	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	16
28	8-900	Intravenöse Anästhesie	16
29	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	15
30	8-201.0	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Humeroerglenoidgelenk	14

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	355
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	342
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	172
4	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	140

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	133
6	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	130
7	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	86
8	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	61
9	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	55
10	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	53
11	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	38
12	5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	21
13	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	16

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)
	<i>Ambulante Operationen werden regelmäßig bei entsprechender Indikation durchgeführt.</i>
4	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
5	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VC00 - Zentrales Aufnahmemanagement, Konsilsprechstunde.

5	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	<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	117
2	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	24
3	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	15
4	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	8
5	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	7
6	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	7
7	5-780	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch	6
8	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5
9	5-841	Operationen an Bändern der Hand	4
10	5-846	Arthrodesen an Gelenken der Hand	< 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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	6,31	6,31	0,00	0,00	6,31	183,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,25	4,25	0,00	0,00	4,25	272,9

Abkürzungen:

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

B-[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	Spezielle Unfallchirurgie
2	Sportmedizin

B-[3].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,06	9,06	0,00	0,00	9,06	128,0
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,77	0,77	0,00	0,00	0,77	1506,5

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

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

B-[3].11.2 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 und Intensivmedizin

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

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

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herrn Dr. med. Dr. rer.nat. Herbert Bartsch, Chefarzt
Telefon:	0211 958 2731
Fax:	0211 958 2733
E-Mail:	bongenberg@vkkd-kliniken.de
Adresse:	Schloßstr. 85
PLZ/Ort:	40477 Düsseldorf
URL:	http://www.vkkd-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	<p>Anästhesie I</p> <p><i>Allgemeinanästhesien werden als Intubationsnarkose, mit Larynxmaske und als Maskennarkose durchgeführt. Als Narkoseverfahren werden die totale intravenöse Anästhesie, die balancierte Anästhesie und die Inhalationsanästhesie durchgeführt.</i></p>
2	<p>Anästhesie II</p> <p><i>Regionalanästhesien der oberen und unteren Extremitäten, rückenmarksnahe Leitungsanästhesien.</i></p>
3	<p>Schmerztherapie</p> <p><i>Medikamentös und mittels Schmerzkatheter (Armplexusanästhesien der verschiedenen Lokalitäten, Femoralis- oder Ischiadicus- Blockade, Periduralkatheter).Schmerzausschaltung durch eine vom Patienten gesteuerte Schmerzpumpe (PCA).</i></p>
4	Notfallversorgung / Notfallmedizin
5	<p>Intensivmedizin</p> <p><i>Operative Intensivmedizin. Kontinuierliche Überwachung des Herz-Kreislauf-Systems mit 24-Stunden-Speicherung- Erweitertes hämodynamisches Monitoring (Picco-System)- Invasive und nichtinvasive Beatmung- Nierenersatztherapie - Externe Herzschrittmacher-Versorgung</i></p>

B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	14,04	13,85	0,19	0,00	14,04	0,0
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	11,19	11,00	0,19	0,00	11,19	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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,35	10,59	0,76	0,00	11,35	0,0
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	0,93	0,90	0,03	0,00	0,93	0,0

Abkürzungen:

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

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	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/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Herrn Dr. med. Konstantinos Zarras, Chefarzt
Telefon:	0211 958 2750
Fax:	0211 958 2757
E-Mail:	jana.boehme@vkkd-kliniken.de
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	<p>Proktologie</p> <p><i>Proktologie, Diagnostik und Therapie bei allen proktologischen Erkrankungen, Analkarzinome, Inkontinenz und Entleerungsstörungen.</i></p>
2	<p>Chirurgische Intensivmedizin</p> <p><i>Die postoperative Betreuung in allen Krankheitsstadien gesichert und erfolgt in enger interdisziplinärer Abstimmung mit der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin. Die Klinik f. Viszeral-, Minimalinvasive u. Onkologische Chirurgie betreut eigenständig 4 Intermediate Care-Betten.</i></p>
3	<p>Magen-Darm-Chirurgie</p> <p><i>Der Schwerpunkt d. Klinik liegt i. d. Behandlung v. Erkrankungen d. gesamten Verdauungstraktes inkl. d. Proktologie u. d. verschiedenen Bauchwand- u. Zwerchfellhernien. Gutartige u. bösartige Erkrankungen d. Magens, Dickdarms, Enddarms u. d. Speiseröhre werden bevorzugt Roboter-assistiert operiert.</i></p>
4	<p>Spezialsprechstunde</p> <p><i>- Zentrales Aufnahmemanagement (ZAM), Sprechstunden zu den Themen: - Reflux - Hernien - Darmkrebs - HIPEC - Gastrointestinale Karzinome</i></p>
5	<p>Minimalinvasive laparoskopische Operationen</p> <p><i>Die Roboter-assistierte und laparoskopische Chirurgie sind ausgewiesene Schwerpunkte der Klinik. Es kommen nahezu alle gängigen laparoskopischen Verfahren zum Einsatz. Gutartige und bösartige Erkrankungen des Magens, Dickdarms, Enddarms u. d. Speiseröhre werden bevorzugt Roboter-assistiert operiert.</i></p>
6	<p>Behandlung von Dekubitalgeschwüren</p> <p><i>Durch Optimierung der Heilungsbedingungen zielt das Wundmanagement darauf, Beschwerden zu lindern, einer Komplikation oder Infektion vorzubeugen, eine Wundheilungsverzögerung zu verhindern und das kosmetische Resultat so optimal wie möglich zu gestalten.</i></p>
7	<p>Minimalinvasive endoskopische Operationen</p> <p><i>Moderne Hernien-Chirurgie ist eine zentrale Aufgabenstellung an der Klinik. Behandelt werden alle Formen von Hernien. Gutartige und bösartige Erkrankungen des Magens, Dickdarms, Enddarms und der Speiseröhre werden bevorzugt Roboter-assistiert operiert.</i></p>
8	<p>Tumorchirurgie</p> <p><i>Moderne Tumorthherapie ist eine zentrale Rolle im Aufgabenbereich der Klinik. Alle Formen der Magen-, Dick- und Dünndarmchirurgie werden angeboten. Gutartige und bösartige Erkrankungen des Magens, Dickdarms, Enddarms und der Speiseröhre werden bevorzugt Roboter-assistiert operiert.</i></p>

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

Vollstationäre Fallzahl:	591
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	198

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
2	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	112
3	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	72
4	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	44
5	L05.9	Pilonidalzyste ohne Abszess	27
6	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	21
7	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	18
8	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	17
9	K60.3	Analfistel	15
10	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	9
11	K81.1	Chronische Cholezystitis	7
12	K61.0	Analabszess	4
13	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	4
14	K43.60	Epigastrische Hernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	< 4
15	K62.3	Rektumprolaps	< 4
16	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	< 4
17	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	< 4
18	K62.2	Analprolaps	< 4
19	K36	Sonstige Appendizitis	< 4
20	K40.21	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	< 4
21	K82.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenblase	< 4
22	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	< 4
23	K81.0	Akute Cholezystitis	< 4
24	R15	Stuhlinkontinenz	< 4
25	N36.0	Harnröhrenfistel	< 4
26	K80.30	Gallengangsstein mit Cholangitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	< 4
27	K64.1	Hämorrhoiden 2. Grades	< 4
28	T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
29	K62.0	Analpolyp	< 4
30	L85.9	Epidermisverdickung, nicht näher bezeichnet	< 4

B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40	Hernia inguinalis	294
2	K80	Cholelithiasis	127
3	K42	Hernia umbilicalis	47
4	L05	Pilonidalzyste	30
5	K43	Hernia ventralis	21
6	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	19
7	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	16
8	K81	Cholezystitis	9
9	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	6
10	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	4

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-932.43	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	295
2	5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	256
3	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	148
4	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	138
5	5-932.44	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 200 cm ² bis unter 300 cm ²	44
6	5-534.3x	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Sonstige	36
7	5-897.1	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Plastische Rekonstruktion	23
8	5-493.5	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Mit Stapler	21
9	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	15
10	5-530.72	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	10
11	5-536.4x	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Sonstige	9

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	5-536.41	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal	9
13	5-530.73	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	7
14	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	7
15	5-534.31	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal	6
16	5-932.24	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Composite-Material: 200 cm ² bis unter 300 cm ²	6
17	5-496.3	Rekonstruktion des Anus und des Sphinkterapparates: Sphinkterplastik	5
18	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	5
19	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	5
20	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	5
21	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	4
22	5-534.x	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Sonstige	4
23	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	4
24	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	4
25	5-491.11	Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Intersphinktär	4
26	5-932.42	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 50 cm ² bis unter 100 cm ²	4
27	5-491.12	Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Transsphinktär	4
28	5-491.1x	Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Sonstige	3
29	5-932.23	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Composite-Material: 100 cm ² bis unter 200 cm ²	3
30	5-932.51	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, mit antimikrobieller Beschichtung: 10 cm ² bis unter 50 cm ²	2

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	293
2	5-511	Cholezystektomie	138
3	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	47
4	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	28
5	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	21
6	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	19
7	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	18
8	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	6
9	5-496	Rekonstruktion des Anus und des Sphinkterapparates	5
10	5-470	Appendektomie	4

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	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	< 4
5	5-781	Osteotomie und Korrekturosteotomie	< 4
6	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
7	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	< 4
8	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	< 4
9	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
10	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	< 4

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	2,81	2,81	0,00	0,00	2,81	210,3
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	2,00	2,00	0,00	0,00	2,00	295,5

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].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Proktologie

B-[5].11.2 Pflegepersonal

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

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

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	4,53	4,53	0,00	0,00	4,53	130,5
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,39	0,39	0,00	0,00	0,39	1515,4

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	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 Düsseldorf

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Sportorthopädie Düsseldorf
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/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Arthroskopische Therapie umschriebener Knorpelschäden an Hüftkopf und Pfanne Arthroskopische Probenentnahme und Entfernung von Gelenkinnenhaut (Synovektomie)

15	Kollagen- und periostgedeckte autologe Chondrozytenimplantation am Kniegelenk, Matrixassoziierte autologe Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk.
----	---

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

Vollstationäre Fallzahl:	523
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	47
2	M22.2	Krankheiten im Patellofemoralbereich	35
3	S83.2	Meniskusriss, akut	32
4	M19.01	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	29
5	M23.23	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus	27
6	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	26
7	M23.51	Chronische Instabilität des Kniegelenkes: Vorderes Kreuzband	23
8	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	21
9	M25.31	Sonstige Instabilität eines Gelenkes: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	18
10	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	18
11	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	17
12	M23.99	Binnenschädigung des Kniegelenkes, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnetes Band oder nicht näher bezeichneter Meniskus	16
13	M19.91	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	11
14	M75.2	Tendinitis des M. biceps brachii	9
15	M00.96	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	8
16	M23.36	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Außenmeniskus	8
17	M22.4	Chondromalacia patellae	8
18	M23.22	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Innenmeniskus	8

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	M23.33	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus	7
20	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	7
21	Q74.2	Sonstige angeborene Fehlbildungen der unteren Extremität(en) und des Beckengürtels	6
22	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	6
23	M75.0	Adhäsive Entzündung der Schultergelenkkapsel	6
24	M25.46	Gelenkerguss: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	5
25	M21.16	Varusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	5
26	M21.06	Valgusdeformität, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	5
27	M23.4	Freier Gelenkkörper im Kniegelenk	5
28	M23.89	Sonstige Binnenschädigungen des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnetes Band	4
29	M22.0	Habituelle Luxation der Patella	4
30	M25.06	Hämarthros: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	< 4

B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	111
2	M75	Schulterläsionen	92
3	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	59
4	M22	Krankheiten der Patella	47
5	M19	Sonstige Arthrose	45
6	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	41
7	M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	35
8	M00	Eitrige Arthritis	12
9	M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	10
10	Q74	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Extremität(en)	8

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-697.7	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	261
2	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	177

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	1-697.1	Diagnostische Arthroskopie: Schultergelenk	153
4	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	123
5	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	117
6	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	114
7	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	111
8	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	85
9	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	58
10	5-852.f8	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entnahme von Sehngewebe zur Transplantation: Oberschenkel und Knie	46
11	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne	46
12	5-786.k	Osteosyntheseverfahren: Durch winkelstabile Platte	42
13	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	38
14	5-814.9	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenodese der langen Bizepssehne	30
15	5-814.7	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenotomie der langen Bizepssehne	30
16	5-782.b0	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Klavikula	24
17	5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	18
18	5-810.1h	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Kniegelenk	17
19	5-819.x1	Andere arthroskopische Operationen: Sonstige: Akromioklavikulargelenk	17
20	1-482.x	Arthroskopische Biopsie an Gelenken: Sonstige	16
21	5-781.9k	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Tibia proximal	15
22	5-814.1	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Refixation des Labrum glenoidale durch sonstige Verfahren	15

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	5-812.kh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Kniegelenk	13
24	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	13
25	5-787.kh	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Femur distal	12
26	5-811.20	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humeroglenoidalgelenk	11
27	5-787.3h	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Femur distal	11
28	5-810.4h	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	11
29	5-804.2	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Verlagerung des Patellarsehnenansatzes (z. B. nach Bandi, Elmslie)	10
30	5-781.0k	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Tibia proximal	10

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-697	Diagnostische Arthroskopie	420
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	262
3	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	249
4	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	148
5	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	53
6	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	53
7	5-786	Osteosyntheseverfahren	51
8	5-781	Osteotomie und Korrekturosteotomie	50
9	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	49
10	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	47
11	5-784	Knochen transplantation und -transposition	17
12	5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	16

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	1-697	Diagnostische Arthroskopie	44
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	41
3	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	11
4	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	10
5	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	5
6	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen Scheide	< 4
7	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	< 4

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

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

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	5,59	5,59	0,00	0,00	5,59	93,6
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,14	4,14	0,00	0,00	4,14	126,3

Abkürzungen:

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

B-[6].11.1.1 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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	2,77	2,77	0,00	0,00	2,77	188,8
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,04	0,04	0,00	0,00	0,04	13075,0

Abkürzungen:

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

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Hygienebeauftragte in der Pflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Intensiv- und Anästhesiepflege
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	(2300) Orthopädie
2	(1700) Neurochirurgie
3	(3753) Schmerztherapie

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

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Jörg Herdmann, g. Prof. CHN , Chefarzt
Telefon:	0211 958 2900
Fax:	0211 958 2949

E-Mail:	sek-wirbel@vkkd-kliniken.de
Adresse:	Schloßstr. 85
PLZ/Ort:	40477 Düsseldorf
URL:	http://www.vkkd-kliniken.de

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1878
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M54.4	Lumboischialgie	316
2	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	288
3	M54.5	Kreuzschmerz	283
4	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	264
5	M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich	60
6	M43.16	Spondylolisthesis: Lumbalbereich	55

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	M53.1	Zervikobrachial-Syndrom	46
8	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	44
9	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	42
10	M54.16	Radikulopathie: Lumbalbereich	35
11	M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie	30
12	S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2	21
13	S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3	19
14	M50.0	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie	19
15	M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	18
16	S22.05	Fraktur eines Brustwirbels: T9 und T10	17
17	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	16
18	M42.16	Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen: Lumbalbereich	16
19	S32.05	Fraktur eines Lendenwirbels: L5	15
20	M84.48	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	15
21	M54.3	Ischialgie	14
22	S22.04	Fraktur eines Brustwirbels: T7 und T8	12
23	S22.03	Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6	9
24	M46.46	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich	9
25	C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	9
26	T84.20	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an sonstigen Knochen: Wirbelsäule	9
27	M54.2	Zervikalneuralgie	9
28	M54.86	Sonstige Rückenschmerzen: Lumbalbereich	8
29	T84.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Knochengeräte, -implantate oder -transplantate	8
30	S32.04	Fraktur eines Lendenwirbels: L4	8

B-[7].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M54	Rückenschmerzen	681
2	M48	Sonstige Spondylopathien	333
3	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	309
4	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	110

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	82
6	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	60
7	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	54
8	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	49
9	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	27
10	M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	21

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-917.13	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule	757
2	8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	704
3	5-984	Mikrochirurgische Technik	690
4	8-020.5	Therapeutische Injektion: Gelenk oder Schleimbeutel	615
5	5-830.4	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Drainage	595
6	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	503
7	5-839.60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	473
8	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	434
9	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	392
10	5-830.0	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Debridement	263
11	5-835.9	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiösen Spänen (autogen)	230
12	5-831.0	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe	210
13	5-839.61	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente	202
14	5-83a.02	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie): Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation: 3 oder mehr Segmente	180
15	5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 2 Segmente	167

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	165
17	5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment	155
18	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	155
19	5-839.90	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung: 1 Wirbelkörper	131
20	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	129
21	1-503.4	Biopsie an Knochen durch Inzision: Wirbelsäule	100
22	5-83b.50	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 1 Segment	90
23	1-481.4	Biopsie ohne Inzision an Knochen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Wirbelsäule	90
24	5-830.1	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Sequesterotomie	89
25	5-032.02	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: Mehr als 2 Segmente	84
26	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	84
27	5-836.40	Spondylodese: Dorsal und ventral kombiniert, interkorporal: 1 Segment	80
28	5-032.20	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 1 Segment	77
29	5-831.9	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Entfernung eines freien Sequesters ohne Endoskopie	77
30	5-036.8	Plastische Operationen an Rückenmark und Rückenmarkhäuten: Spinale Duraplastik	76

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	1072
2	5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	1066
3	5-830	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	981
4	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	788
5	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	784

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	760
7	8-020	Therapeutische Injektion	624
8	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	477
9	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	392
10	5-836	Spondylodese	294
11	5-835	Knochenersatz an der Wirbelsäule	238
12	5-83a	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)	195
13	5-030	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule	156

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ZERTIFIZIERT FÜR DIE SPINALE NEUROCHIRURGIE/WIRBELSÄULENCHIRURGIE.
	Privatambulanz
	<i>Deformitäten, entzündliche Erkrankungen, degenerative Erkrankungen, HWS-Syndrom.</i>
2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Notfallversorgung</i>

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	13,16	13,16	0,00	0,00	13,16	142,7
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	8,03	8,03	0,00	0,00	8,03	233,9

Abkürzungen:

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

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Notfallmedizin
2	Palliativmedizin
3	Spezielle Orthopädische Chirurgie
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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	36,74	36,43	0,31	0,00	36,74	51,1
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	3,94	3,94	0,00	0,00	3,94	476,7

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

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

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

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

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

Abkürzungen:

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

B-[8] Klinik für 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/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Christoph Schnurr, Chefarzt
Telefon:	0211 958 2201
Fax:	0211 958 2228
E-Mail:	ortho@vkkd-kliniken.de
Adresse:	Schloßstr. 85
PLZ/Ort:	40477 Düsseldorf
URL:	https://www.vinzenz-duesseldorf.de/behandlungsangebote/kliniken/orthopaedie/

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	<p>Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen</p> <p><i>MRT (evtl. mit Kontrastmittel)-/ CT-/ Ultraschall-, und Röntgen-Diagnostik, arthroskopische/offen-chirurgische Gelenkoperation mit feingeweblicher Untersuchung (Histologie), Entfernung der Gelenkinnenhaut (Synovektomie), Verödung der Gelenkinnenhaut (chemische Synoviorthese).</i></p>
2	<p>Arthroskopische Operationen</p> <p><i>Arthroskopische Hüftgelenkoperationen mit Entfernung und Wiederherstellung defekter Gewebes- und Gelenkanteilen. Arthroskopie bei einliegender Endoprothese am Kniegelenk (auch mit PE-Entnahme zum Infektausschluss) Sprunggelenksarthroskopie</i></p>
3	<p>Spezialsprechstunde</p> <p><i>Fußsprechstunde (dienstags 14-16.00 Uhr) Endoprothetik Revisionsprechstunde (mittwochs 14-16.00 Uhr)</i></p>
4	<p>arthroskopische Chirurgie</p> <p><i>Gesamtes Spektrum arthroskopischer Methoden an allen großen Gelenken (Knie-, Schulter-, Ellenbogen- und Sprunggelenk-Arthroskopie) - arthroskopische Gelenkoperationen mit Entfernung und Wiederherstellung defekter Gewebes- und Gelenkanteilen.</i></p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
5	<p>Fußchirurgie</p> <p><i>Korrigierende Vor- und Mittel-/Rückfußoperationen bei Ballenzeh (Hallux valgus), Verschleiß des Großzehengrundgelenkes (Hallux rigidus), Spreizfuß (mit Metatarsalgie), Krallen-/Hammerzehen.</i></p>
6	<p>Diagnostik und Therapie von Arthropathien</p> <p><i>MRT- und Röntgen-Diagnostik, arthroskopische/offen-chirurgische Gelenkoperation mit feingeweblicher Untersuchung (Histologie), Glenkersatz / -teilersatz.</i></p>
7	<p>Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie</p> <p><i>Konservative Schmerztherapie inkl. intraartikulärer, ggf. bildgebungsgesteuerter Infiltration, Analgesie, Physiotherapie, Akkupunktur, Manuelle Medizin</i></p>
8	<p>Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien</p> <p><i>MRT- und Röntgen-Diagnostik, arthroskopische/offen-chirurgische Gelenkoperation/-revision mit feingeweblicher Untersuchung (Histologie), Glenkersatz / -teilersatz (Endoprothese/Hemiprothese). Hüftgelenksarthroskopie</i></p>
9	<p>Sonstige Behandlungsmöglichkeiten</p> <p><i>Behandlung von Beinachsenfehlstellungen im Bereich der Hüfte und des Kniegelenkes, Behandlung von Beinlängenunterschieden sowie Hüftluxationen/Verrenkung des Hüftkopfes- gelenkerhaltende Hüft-, Knie- und Schulterchirurgie - operative Sprunggelenksversorgung.</i></p>
10	<p>Endoprothetik</p> <p><i>Zertifiziertes Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung mit Hüft-, Knie-, Sprunggelenkendoprothetik einschließlich aufwändiger Revisions-/Wechseldoprothetik, Eingriffe auch minimalinvasiv.</i></p>
11	<p>Schmerztherapie</p> <p><i>Schmerztherapeutisches Zentrum</i></p>
12	<p>Metall-/Fremdkörperentfernungen</p> <p><i>Metall-/Fremdkörperentfernungen im Bereich der Unteren-/ und Oberen Extremitäten</i></p>
13	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
14	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
18	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
19	Kinderorthopädie
20	Rheumachirurgie
21	Traumatologie
22	Bandrekonstruktionen/Plastiken
23	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
24	Septische Knochenchirurgie
25	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
26	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
27	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
28	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
29	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
30	Spezialsprechstunde

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

Vollstationäre Fallzahl:	1390
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	458
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	411
3	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	116
4	M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose	40
5	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	40
6	T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	39
7	M20.1	Hallux valgus (erworben)	36
8	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	25
9	M87.85	Sonstige Knochennekrose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	21
10	M20.2	Hallux rigidus	12
11	M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose	12
12	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose	11
13	T84.4	Mechanische Komplikation durch sonstige intern verwendete orthopädische Geräte, Implantate und Transplantate	10
14	M20.5	Sonstige Deformitäten der Zehe(n) (erworben)	8
15	S73.01	Luxation der Hüfte: Nach posterior	6
16	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	6
17	T84.14	Mechanische Komplikation durch eine interne Osteosynthesevorrichtung an Extremitätenknochen: Beckenregion und Oberschenkel	6
18	M25.56	Gelenkschmerz: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	5
19	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	5
20	M25.55	Gelenkschmerz: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	5

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
21	A46	Erysipel [Wundrose]	4
22	M25.06	Hämarthros: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	4
23	T84.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung [jede Lokalisation]	4
24	M16.5	Sonstige posttraumatische Koxarthrose	4
25	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	4
26	M21.61	Erworbener Knick-Plattfuß [Pes planovalgus]	4
27	M19.17	Posttraumatische Arthrose sonstiger Gelenke: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
28	M96.88	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	< 4
29	M66.37	Spontanruptur von Beugesehnen: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]	< 4
30	M22.8	Sonstige Krankheiten der Patella	< 4

B-[8].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	622
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	439
3	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	130
4	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	56
5	M87	Knochennekrose	25
6	M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	15
7	S72	Fraktur des Femurs	14
8	S73	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Hüftgelenkes und von Bändern der Hüfte	9
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	9
10	M22	Krankheiten der Patella	7

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	486
2	5-988.3	Anwendung eines Navigationssystems: Optisch	409

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	5-800.4h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Kniegelenk	395
4	5-804.5	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Teilresektion der Patella	387
5	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert	359
6	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	141
7	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	113
8	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	106
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	103
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	73
11	5-784.0d	Knochen transplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, offen chirurgisch: Becken	71
12	5-800.6g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Hüftgelenk	60
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	58
14	5-786.0	Osteosyntheseverfahren: Durch Schraube	53
15	5-800.5g	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Hüftgelenk	47
16	5-820.94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert	47
17	5-822.01	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	47
18	5-829.h	Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk	42
19	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	36
20	5-786.1	Osteosyntheseverfahren: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage	34
21	5-800.5h	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Kniegelenk	31
22	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	27
23	8-201.g	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese: Hüftgelenk	27

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	5-829.k1	Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz: Schaftkomponente ohne eine dem Knochendefekt entsprechende Länge und Dicke	24
25	5-822.84	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellofemorale Ersatz, zementiert	23
26	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	23
27	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	22
28	5-808.b2	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Kleinzehengelenk, 1 Gelenk	21
29	5-829.k0	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz: Pfannenkomponente	20
30	5-823.27	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Inlaywechsel	20

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	643
2	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	586
3	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	468
4	5-988	Anwendung eines Navigationssystems	415
5	5-804	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat	395
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	126
7	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	121
8	5-986	Minimalinvasive Technik	113
9	5-784	Knochentransplantation und -transposition	112
10	5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	82
11	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	68
12	5-823	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk	60
13	5-808	Offen chirurgische Arthrodese	51

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	FUßCHIRURGIE, ENDOPROTHETIK
	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	< 4

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

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

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte	13,66	13,66	0,00	0,00	13,66	101,8
- davon Fachärztinnen und Fachärzte	8,48	8,48	0,00	0,00	8,48	163,9

Abkürzungen:

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

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Akupunktur
2	Notfallmedizin

B-[8].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	9,01	9,01	0,00	0,00	9,01	154,3
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	0,12	0,12	0,00	0,00	0,12	11583,3

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Intensiv- und Anästhesiepflege
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	Herzschriltmacherver: Herzschriltmacher- Implantation (09/1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
2	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	51	101,96
3	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	80	100
4	Hüftendoprothesenve (HEP)	707	100,71
5	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	670	100,3

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
6	Hüftendoprothesenve Hüft- Endoprothesenwechs und - komponentenwechsel (HEP_WE)	41	109,76
7	Knieendoprothesenve (KEP)	467	100
8	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie- Schlittenprothesen (KEP_IMP)	437	100
9	Knieendoprothesenve : Knieendoprothe- senwechsel und -komponentenwechse (KEP_WE)	30	100
10	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	168	99,4

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,43 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,86 % - 0,89 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

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

2	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt	
	Ergebnis-ID	101801
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,60 %
	Vertrauensbereich	0,97 % - 1,12 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
3	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben	
	Ergebnis-ID	101802
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	TKez

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	93,37 % - 93,72 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

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

5

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,67 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,05 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

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

6	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID		2195
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 6,17 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich		0,82 % - 1,09 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
7	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,42 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,94 % - 1,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
8	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Ergebnis-ID	52139
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	88,63 % - 89,04 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
9	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,37 % - 95,52 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

10	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers	
	Ergebnis-ID	52311
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	1,56 % - 1,74 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
11	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt	
	Ergebnis-ID	54140
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≥ 90,00 %
Vertrauensbereich		98,5 % - 98,68 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG		
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle		Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
12	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten	
Ergebnis-ID		54141
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,67 % - 96,93 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

13

Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten

Ergebnis-ID	54142
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,08 % - 0,13 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
14	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Vertrauensbereich	1,59 % - 1,78 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
15	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54030
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knocheile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	4,3 % - 16,98 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Vertrauensbereich	12,48 % - 13,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	80
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

16	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	54033
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,53 % - 1,89 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,17 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	8
	Erwartete Ereignisse	7,78
	Grundgesamtheit	71

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
17	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54042
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,6 % - 2,64 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,15 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,92 % - 0,97 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	4,67
Grundgesamtheit	80
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

18	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54046
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knocheile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,93 % - 1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

19 Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Ergebnis-ID	54050
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	89,61 % - 99,17 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,85 % - 97,15 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	64
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	66
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

20 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,44 % - 0,97 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,13 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	38,16
Grundgesamtheit	9032
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
21	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0 % - 0,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

22 **Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)**

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 0,04 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,05 % - 0,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	9032

23	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)	
	Ergebnis-ID	52326
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,18 % - 0,4 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,3 % - 0,31 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	24
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	9032
24	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	10271
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≤ 2,83 (95. Perzentil)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,97 % - 1,05 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>

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

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	93,34 % - 96,67 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,53 % - 97,67 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	605
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	635
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
27	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54002
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>82,14 % - 97,03 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≥ 86,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>93,46 % - 94,13 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>49</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>53</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>28</p>	<p>Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>54003</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	6,08 % - 23,25 %
-------------------	------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Vertrauensbereich	12,35 % - 12,89 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	57

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

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

29

Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Ergebnis-ID	54004
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>94,67 % - 97,78 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≥ 90,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>96,8 % - 96,96 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>531</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>550</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>30</p>	<p>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>54012</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0,35 % - 1,35 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,25 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,98 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	11,6
Grundgesamtheit	698

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

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

31	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder bei denen das künstliche Hüftgelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
	Ergebnis-ID	54013
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 0,67 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	0,04 % - 0,06 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	567
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

32	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)	
Ergebnis-ID	54015	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	0,45 % - 2,25 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 2,07 (95. Perzentil)	
Vertrauensbereich	0,95 % - 1 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	5	
Erwartete Ereignisse	4,82	
Grundgesamtheit	59	

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

34	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)	
Ergebnis-ID		54017
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		0 % - 7,71 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 17,60 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich		5,99 % - 6,71 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		46
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↔ unverändert

35	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)	
	Ergebnis-ID	54018
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	2,67 % - 16,18 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 11,06 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	4,29 % - 4,63 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	59
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

36	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)	
Ergebnis-ID	54019	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	0,97 % - 3,08 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 7,45 % (95. Perzentil)	
Vertrauensbereich	2,26 % - 2,4 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	11	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	635	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert	

37	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)	
Ergebnis-ID	54120	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	0,61 % - 2,33 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 2,25 (95. Perzentil)	
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,07 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	7	
Erwartete Ereignisse	5,65	
Grundgesamtheit	53	

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
38	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	50481
Leistungsbereich	Erstmalsiges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 11,00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,05 % - 3,66 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

39 Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	54020
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	92,77 % - 97,04 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,87 % - 98,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	369
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	387
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

40	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
	Ergebnis-ID	54021
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	80,81 % - 96,78 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,39 % - 96,86 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	45
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	49
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

41	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht	
	Ergebnis-ID	54022
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	62,69 % - 90,49 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 86,00 %
	Vertrauensbereich	93,61 % - 94,41 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	24
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	30
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📉 verschlechtert

42	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54028	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	0 % - 2,54 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 4,24 (95. Perzentil)	
Vertrauensbereich	0,85 % - 0,98 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	1,5	
Grundgesamtheit	456	

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
43	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54123
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 0,87 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,70 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,2 % - 1,31 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	436
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

44	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)	
	Ergebnis-ID	54124
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 0,87 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,73 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,93 % - 1,02 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	436
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

45	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
	Ergebnis-ID	54125
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 11,35 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 13,45 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	3,92 % - 4,6 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	30
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

46	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde oder bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)	
Ergebnis-ID	54127	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	0 % - 0,93 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	Sentinel Event	
Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	0	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	411	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert	

47	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig	
	Ergebnis-ID	54128
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	98,18 % - 99,98 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 98,46 % (5. Perzentil)
	Vertrauensbereich	99,73 % - 99,78 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	268
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	269
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
48	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
	Ergebnis-ID	2005
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	97,75 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,54 % - 98,63 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	167
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	167
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
49	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2006
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>		
	<p>Vertrauensbereich</p>	<p>97,71 % - 100 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>		
	<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
	<p>Vertrauensbereich</p>	<p>98,59 % - 98,68 %</p>
<p>FALLZAHL</p>		
	<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>164</p>
	<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
	<p>Grundgesamtheit</p>	<p>164</p>
<p>50</p>	<p>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)</p>	
	<p>Ergebnis-ID</p>	<p>2007</p>
	<p>Leistungsbereich</p>	<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde</p>
	<p>Art des Wertes</p>	<p>TKez</p>
	<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
	<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>		
	<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
	<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>		
	<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
	<p>Vertrauensbereich</p>	<p>96,92 % - 97,62 %</p>
<p>FALLZAHL</p>		
	<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
	<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
	<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>51</p>	<p>Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)</p>	
	<p>Ergebnis-ID</p>	<p>2009</p>
	<p>Leistungsbereich</p>	<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde</p>
	<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
	<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
	<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	96,41 % - 99,89 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,17 % - 95,35 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	153
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	154

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

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

52

Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen

Ergebnis-ID	2013
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>91,91 % - 99,36 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>≥ 90,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>94,11 % - 94,37 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>84</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>86</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Qualitative Bewertung im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>53</p>	<p>Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>2028</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>QI</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	95,47 % - 99,85 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	95,94 % - 96,13 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	120
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	121

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

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

54

Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren

Ergebnis-ID	2036
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>94,08 % - 99,54 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>98,51 % - 98,63 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>117</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>119</p>
<p>55</p>	<p>Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)</p>
<p>Ergebnis-ID</p>	<p>231900</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde</p>
<p>Art des Wertes</p>	<p>TKez</p>
<p>Bezug zum Verfahren</p>	<p>QSKH</p>
<p>Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>
<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	9,85 % - 20,49 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	12,76 % - 13,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	167

56	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	50722
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	91,45 % - 97,92 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,65 % - 96,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	157
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	164

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
57	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,76 % - 1,84 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	14,23
Grundgesamtheit	157

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

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

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

↔ unverändert

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

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

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

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

	DMP
1	Diabetes mellitus Typ 1
2	Diabetes mellitus Typ 2

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 - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

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

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Erbrachte Menge:	378
Begründung:	MM05: Kein einschlägiger Ausnahmegrund

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

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	378
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	161
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

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

Strukturqualitätsvereinbarungen:

	VEREINBARUNG
1	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei kollagengedeckter und periostgedeckter autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk
2	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziierter autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen): 52

- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt: 43

- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben: 43

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

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG