



Johanna Etienne Krankenhaus
Strukturierter Qualitätsbericht 2017
gemäß §136b Abs. 1 Satz 1 Nr.3 SGB V

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
A-0 Fachabteilungen	4
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	4
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	11
A-10 Gesamtfallzahlen	11
A-11 Personal des Krankenhauses	11
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	18
A-13 Besondere apparative Ausstattung	28
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	29
B-[1] Institut für Radiologie und interventionelle Radiologie	30
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	30
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	30
B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin	30
B-[1].1.3 Weitere Zugänge	30
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	30
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	31

B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	32
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	32
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	32
B-[1].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	32
B-[1].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	32
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	32
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	32
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	33
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	33
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	33
B-[1].11	Personelle Ausstattung	33
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	33
B-[1].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	34
B-[1].11.1	Zusatzweiterbildung	34
B-[1].11.2	Pflegepersonal	34
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	34
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	35
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	35
B-[2]	Anästhesie und Intensivmedizin	35
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	35
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	35
B-[2].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin	35
B-[2].1.3	Weitere Zugänge	36
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	36
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	36
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	36

B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	37
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	37
B-[2].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	37
B-[2].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	37
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	37
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	37
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	37
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	37
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	37
B-[2].11	Personelle Ausstattung	38
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	38
B-[2].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	38
B-[2].11.1	Zusatzweiterbildung	38
B-[2].11.2	Pflegepersonal	39
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	40
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	40
B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	41
B-[3]	Neurologie	41
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	41
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	41
B-[3].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin	41
B-[3].1.3	Weitere Zugänge	41
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	42
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	42
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	43
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	43

B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	43
B-[3].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	44
B-[3].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	45
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	46
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	47
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	48
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	48
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	49
B-[3].11	Personelle Ausstattung	49
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	49
B-[3].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	49
B-[3].11.1	Zusatzweiterbildung	50
B-[3].11.2	Pflegepersonal	50
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	51
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	52
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	52
B-[4]	Allgemein- und Visceralchirurgie	53
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	53
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	53
B-[4].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin	53
B-[4].1.3	Weitere Zugänge	53
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	53
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	54
B-[4].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	54
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	54
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	54

B-[4].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	56
B-[4].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	56
B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	57
B-[4].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	59
B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	59
B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	60
B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	60
B-[4].11 Personelle Ausstattung	61
B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen	61
B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	61
B-[4].11.1.1.1 Zusatzweiterbildung	62
B-[4].11.1.1.2 Pflegepersonal	62
B-[4].11.1.1.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	63
B-[4].11.1.1.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	63
B-[4].11.1.1.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	64
B-[5] Innere Medizin	64
B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	64
B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel	64
B-[5].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin	64
B-[5].1.3 Weitere Zugänge	64
B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	65
B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	65
B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	66
B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	66
B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD	66
B-[5].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	68

B-[5].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	68
B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	69
B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	71
B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	71
B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	72
B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	72
B-[5].11 Personelle Ausstattung	72
B-[5].11.1Ärzte und Ärztinnen	72
B-[5].11.1Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	73
B-[5].11.1Zusatzweiterbildung	73
B-[5].11.2Pflegepersonal	74
B-[5].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	75
B-[5].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	76
B-[5].11.3Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	76
B-[6] Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin	77
B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	77
B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel	77
B-[6].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin	77
B-[6].1.3 Weitere Zugänge	77
B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	78
B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	78
B-[6].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	79
B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	79
B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD	79
B-[6].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	80
B-[6].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	81

B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	82
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	83
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	84
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	85
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	86
B-[6].11	Personelle Ausstattung	86
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen	86
B-[6].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	86
B-[6].11.1	Zusatzweiterbildung	87
B-[6].11.2	Pflegepersonal	87
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	88
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	89
B-[6].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	89
B-[7]	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	89
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	89
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	90
B-[7].1.2	Name des Chefarztes oder der Cheförztn	90
B-[7].1.3	Weitere Zugänge	90
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	90
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	90
B-[7].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	91
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	91
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	91
B-[7].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	92
B-[7].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	93
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	94

B-[7].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	96
B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	96
B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	97
B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	97
B-[7].11 Personelle Ausstattung	97
B-[7].11.1Ärzte und Ärztinnen	97
B-[7].11.1Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	98
B-[7].11.1Zusatzweiterbildung	98
B-[7].11.2Pflegepersonal	98
B-[7].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	100
B-[7].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	100
B-[7].11.3Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	101
B-[8] Gefäß- und Thoraxchirurgie	101
B-[8].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	101
B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel	101
B-[8].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin	101
B-[8].1.3 Weitere Zugänge	101
B-[8].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	102
B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	102
B-[8].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	102
B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	102
B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD	103
B-[8].6.1 ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	104
B-[8].6.2 ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	104
B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	106
B-[8].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	107

B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	108
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	108
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	108
B-[8].11	Personelle Ausstattung	109
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen	109
B-[8].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	109
B-[8].11.1	Zusatzweiterbildung	110
B-[8].11.2	Pflegepersonal	110
B-[8].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	111
B-[8].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	111
B-[8].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	112
C	Qualitätssicherung	112
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	113
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	195
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	195
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	195
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	196
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 197 2 SGB V	197
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 197 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	197

Vorwort

Das Johanna-Etienne-Krankenhaus: Interdisziplinäre Medizin der Spitzenklasse

Das katholische Johanna Etienne Krankenhaus zählt zu den modernsten Krankenhäusern der Region. Mit acht modernen Fachabteilungen bietet unser Neusser Krankenhaus ideale Voraussetzungen für eine breite, fachübergreifende Rundumversorgung und herausragende Spezialleistungen.

Hier werden medizinische Kompetenz mit menschlich-christlichem Engagement verbunden. An 365 Tagen im Jahr - 24 Stunden am Tag.

Einleitung

Das Johanna Etienne Krankenhaus ist ein Unternehmen der St. Augustinus-Kliniken gGmbH in Neuss. Als freigemeinnütziges, katholisches Krankenhaus der gehobenen Regelversorgung versorgt es jährlich ca. 20 000 stationäre und rund 40 000 ambulante Patientinnen und Patienten.

Im Jahr 1968 wurde das Johanna Etienne Krankenhaus von den Schwestern der Neusser Augustinerinnen eröffnet. 2003 gründete die Ordensgemeinschaft die "Stiftung der Neusser Augustinerinnen - Cor unum", um den Bestand ihrer Einrichtung dauerhaft zu sichern. Seit Juli 2004 gehört es zur St. Augustinus-Kliniken gGmbH, einer Gründung der Neusser Augustinerinnen und der Neusser Alexianerbrüder.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die vielen ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer legen besonderen Wert darauf, dass sich die Patientinnen und Patienten neben einer qualifizierten ärztlichen Diagnostik und Therapie sowie der fachkundigen pflegerischen Betreuung gut umsorgt fühlen. Dies kann nur in einer Atmosphäre geschehen, in der sich die Patientinnen und Patienten ganzheitlich - d.h. ärztlich, pflegerisch und seelsorgerisch - angenommen und getragen wissen. Daher sind alle Mitarbeitenden täglich aufs Neue bemüht, dass der christliche Leitgedanke im Spannungsfeld zwischen menschlicher Zuwendung und wirtschaftlichem Umfeld bewahrt bleibt. Sie greifen die besonderen Herausforderungen der Zeit auf, ohne dabei die christliche Nächstenliebe zu vernachlässigen.

Bei der Festlegung von Maßnahmen und Regelungen zur Sicherung der Qualität im Krankenhaus stellt sich das Johanna Etienne Krankenhaus seit 2005 regelmäßig externen Prüfungsverfahren.

Das Johanna Etienne Krankenhaus ist als Gesamthaus nach der DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert. Doch auch die Expertise in den einzelnen Abteilungen sorgt dafür, dass die Leistungen dort durch verschiedene Zentren ausgezeichnet sind.

Tumorzentrum

Das Tumorzentrum am Johanna Etienne Krankenhaus wurde 2018 nach den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO)

erstzertifiziert. Als Dachzentrum vernetzt es alle Organkrebszentren und arbeitet interdisziplinär. Ziel der des Tumorzentrums ist es, stationär wie ambulant, eine hochwertige, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche onkologische Versorgung sicherzustellen.

Brustzentrum

Das Brustzentrum ist eine kooperative Einrichtung, in der medizinische Spezialisten verschiedener Fachgebiete gemeinsam eine optimale Therapie entwickeln und mit den Patientinnen besprechen. Das Brustzentrum ist seit 2007 nach den Anforderungen der Ärztekammer Westfalen-Lippe zertifiziert und hat seitdem die stetig wachsenden Anforderungen erfüllt.

Darmkrebs- / Bauchspeicheldrüsenkrebszentrum

Im Darmkrebs- / Bauchspeicheldrüsenkrebszentrum arbeiten verschiedene Fachabteilungen interdisziplinär zusammen. Qualifizierte und spezialisierte Fachärzte sowie ein sehr gut ausgebildetes Pflegepersonal sorgen für eine optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten. Seit Sommer 2012 ist das Darmkrebszentrum zertifiziert. Ende 2014 wurden das Darmkrebs- und das Bauchspeicheldrüsenkrebszentrum als Viszeralonkologisches Zentrum zertifiziert.

Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung

Das Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung (EPZmax) wurde 2015 erst- und 2018 durch Fachexperten (ClarCert) re-zertifiziert. Mit einer Mindestanzahl von Protheseneingriffen pro Jahr und Operateur, einem umfassenden Leistungsspektrum im Bereich der Diagnostik und Therapie, der regelmäßigen Teilnahme an Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie einer genauen Operationsplanung und Erfüllung diverser Hygienemaßnahmen, überzeugt das EPZmax die Auditoren.

Gefäßzentrum

Das Gefäßzentrum Rhein-Kreis Neuss ist bereits seit acht Jahren von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG) sowie der Deutschen Radiologischen Gesellschaft (DRG) zertifiziert. Auf Basis dieser langjährigen Erfahrung und Spezialisierung arbeiten alle relevanten Fachabteilungen des Krankenhauses mit vielen niedergelassenen Ärzten zusammen. So können die Spezialisten gemeinsam eine optimale Therapie bei Gefäßerkrankungen entwickeln und diese mit den Patienten besprechen.

Zentrum für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie

Das Zentrum für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie ist 2018 nach einer Begehung durch Fachexperten (ClarCert) erstmalig zertifiziert worden. Die Bandbreite der Behandlungen erstreckt sich von einer Achillessehnenruptur über die Versorgung von Sprunggelenks- sowie Mittelfuß- und Fußwurzelfrakturen bis hin zur komplexen Vorfußchirurgie. Qualifizierte und spezialisierte Fachärzte sowie ein sehr gut ausgebildetes Pflegepersonal stehen im Zentrum zur Verfügung.

Schlaganfallzentrum

Das Krankenhaus zählt zu den größten Schlaganfall-Versorgern des Landes und ist im Rhein-Kreis Neuss, einem Einzugsgebiet von rund 500.000 Menschen, der Alleinversorger. So werden jährlich ca. 1 500 Patienten im regionalen Schlaganfallzentrum behandelt, das zuletzt 2017 erfolgreich nach den Kriterien der Deutschen Schlaganfallgesellschaft re-zertifiziert werden konnte.

Hernienzentrum

Im seit 2015 zertifizierten Hernienzentrum werden Bauchdeckenbrüche umfassend behandelt. Qualifizierte und spezialisierte Fachärzte sowie ein sehr gut ausgebildetes Pflegepersonal stehen im Zentrum zur Verfügung.

Weitere Einrichtungen:

Chest Pain Unit

Patienten mit Herzbeschwerden werden in unserem Haus in einer speziellen Chest

Pain Unit versorgt. Die Strukturen und Abläufe sind nach den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zertifiziert.

Versorgung von Patienten mit Diabetes

Das Gesamtkrankenhaus ist seit 2017 als "Klinik für Diabetespatienten geeignet" durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft zertifiziert.

MZEB (Medizinisches Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung)

Das Augustinus MZEB wurde 2018 eröffnet, um die medizinische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen zu verbessern. Das Augustinus MZEB ist daher sowohl fachlich, organisatorisch als auch räumlich besonders auf die Behandlung der Betroffenen ausgerichtet und bietet die nötige Zeit, um eine oftmals notwendige, intensive Begleitung dieser Menschen zu gewährleisten.

Palliativmedizinische Versorgung

Im Johanna Etienne Krankenhaus wird eine palliativmedizinische Versorgung angeboten. Die medizinische Betreuung erfolgt durch den ärztlichen Dienst der Anästhesie und der Inneren Medizin. Für die Begleitung Sterbender sind zusätzlich Abschiedszimmer eingerichtet. Durch vielfältige Formen der Zusammenarbeit mit ambulanten und stationären Anbietern von Gesundheitsleistungen realisieren wir eine gemeinsame medizinische Behandlung und pflegerische Versorgung unserer Patienten. Wir setzen ausschließlich anerkannte, diagnostische und therapeutische Formen der modernen Medizin ein.

Übersicht unserer medizinischen Fachabteilungen und Departments:

Anästhesie und Intensivmedizin
Allgemein- und Viszeralchirurgie
Gefäßchirurgie
Gynäkologie und Geburtshilfe
Innere Medizin
Neurologie
Radiologie, Neuroradiologie und Interventionen
Orthopädie, Unfallchirurgie, Sportmedizin
Zentralambulanz

Interventionelle Neuroradiologie
Schmerzmedizin
Thoraxchirurgie

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Paul Kudlich, Geschäftsführer
Telefon:	02131 52959990
Fax:	02131 52959991
E-Mail:	info@johanna-etienne-krankenhaus.de

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Lukas Matyschik, Leitung Qualitäts- und Risikomanagement
Telefon:	02131 52979790
Fax:	

E-Mail:

l.matyschik@ak-neuss.de

Links:

Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	www.johanna-etienne-krankenhaus.de	Homepage des Johanna Etienne Krankenhauses

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Nicht-Bettenführend	3751	Institut für Radiologie und interventionelle Radiologie
2	Nicht-Bettenführend	3700	Anästhesie und Intensivmedizin
3	Hauptabteilung	2800	Neurologie
4	Hauptabteilung	1500	Allgemein- und Visceralchirurgie
5	Hauptabteilung	0100	Innere Medizin
6	Hauptabteilung	2300	Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
7	Hauptabteilung	2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
8	Hauptabteilung	1800	Gefäß- und Thoraxchirurgie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Johanna-Etienne-Krankenhaus
PLZ:	41462
Ort:	Neuss
Straße:	Am Hasenberg
Hausnummer:	46
IK-Nummer:	260511280
Standort-Nummer:	0
Krankenhaus-URL:	http://www.johanna-etienne-krankenhaus.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Paul Kudlich, Geschäftsführer
Telefon:	02131 52959992
Fax:	02131 52959999
E-Mail:	info@johanna-etienne-krankenhaus.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Jens Encke, Ärztlicher Direktor
Telefon:	02131 52953002
Fax:	
E-Mail:	info@johanna-etienne-krankenhaus.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	M.A. Jörg Kurmann, Pflegedienstleitung
Telefon:	02131 52959100
Fax:	
E-Mail:	info@johanna-etienne-krankenhaus.de

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	St. Augustinus-Kliniken gGmbH
Träger-Art:	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

1 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale
Versorgungsverpflichtung?

Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Spezielle Entspannungstherapie <i>Im Rahmen der Geburtshilfe</i>
2	Traditionelle Chinesische Medizin
3	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
4	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Diät- und Ernährungsberatung unterstützen die Gesamtbehandlung.</i>
5	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Informationsveranstaltungen</i>
6	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>Familiale Pflege, Schulung für Betreuende, Pflegetraining</i>
7	Sporttherapie/Bewegungstherapie
8	Stillberatung
9	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen <i>z.B. Entspannungsbäder, Wassergeburt</i>
10	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>z.B. Schmerztherapieunterstützung durch Pain Nurses und Schmerzmentoren, Gefäßassistenten, onkologische Pflegefachkräfte, Wundmanagement</i>
11	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien <i>z.B. Kreißsaalführungen, Geburtsvorbereitungskurse, Informationsabende für werdende Eltern, Stillberatung</i>
12	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen <i>Die Abteilung verfügt über eine spezielle Schlaganfallstation</i>
13	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>Leistung wird durch Kooperationspartner erbracht</i>
14	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>Leistung wird durch Kooperationspartner erbracht</i>
15	Medizinische Fußpflege <i>Leistung wird durch externen Podologen erbracht</i>
16	Sozialdienst
17	Säuglingspflegekurse

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
18	Schmerztherapie/-management
19	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik <i>Leistung wird durch Kooperationspartner erbracht</i>
20	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
21	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>Zur psychoonkologischen Betreuung stehen Psychoonkologen zur Verfügung.</i>
22	Wärme- und Kälteanwendungen
23	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
24	Stomatherapie/-beratung <i>Leistung wird durch Kooperationspartner erbracht</i>
25	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
26	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Bereitstellung durch Kooperationspartner</i>
27	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege <i>Familiale Pflege</i>
28	Wundmanagement
29	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
30	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
31	Akupunktur <i>Akupunkturbehandlung in der Geburtshilfe</i>
32	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>Patienten- und Angehörigenschulungen innerhalb der einzelnen Fachabteilungen</i>
33	Aromapflege/-therapie
34	Atemgymnastik/-therapie
35	Basale Stimulation
36	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
37	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden <i>Die Betreuung Sterbender erfolgt in speziellen Abschiedszimmern oder ggf. in unserem Palliativbereich.</i>
38	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
39	Diät- und Ernährungsberatung
40	Eigenblutspende <i>extern mit dem DRK Blutspendedienst</i>
41	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
42	Manuelle Lymphdrainage

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
43	Massage
44	Kinästhetik
45	Fußreflexzonenmassage
46	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
47	Ergotherapie/Arbeitstherapie
48	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege <i>Die Organisation der vorstationären Diagnostik, die Aufnahmeterminierungen sowie die Einleitung von weiterführenden Maßnahmen nach der Entlassung werden durch das Case Management und den Sozialdienst durchgeführt.</i>
49	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie <i>Im Palliativbereich</i>
50	Musiktherapie <i>Im Palliativbereich</i>
51	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Geldautomat
2	Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 1 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 € Bei Privatpatienten entfällt die Bereitstellungsgebühr von 1,00 Euro pro Tag.</i>
3	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
4	Internetanschluss am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 0,5 € Hausinternes WLAN: 5,- Euro für zehn Tage. Ein Tagesticket kostet 2,- Euro. http://www.johanna-etienne-krankenhaus.de/fuer-patienten/aufenthalt/ambiente-zimmer/</i>
5	Rundfunkempfang am Bett <i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
6	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>2-Bett-Zimmer mit Duschbad Station 41 67,06 € 2-Bett-Zimmer mit Duschbad (bzw. Familienzimmer) 60,92€ 2-Bett-Zimmer mit Duschbad bei Geburtshilfe 32,06€</i>
7	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer

LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
8	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>1-Bett-Zimmer mit Duschbad Komfort-Station 45 152,00€ 1-Bett-Zimmer mit Duschbad 104,40€ 1-Bett-Zimmer mit Duschbad bei Geburtshilfe 67,06€</i>
9	Mutter-Kind-Zimmer
10	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen <i>Max. Kosten pro Stunde: 1 € Max. Kosten pro Tag: 16 €</i> <i>Parkplätze stehen in ausreichender Anzahl zur Verfügung. Kurzzeitparkplatz: Hier ist die erste halbe Stunde kostenlos. Der Tageshöchstsatz beträgt 16,- Euro. Im Parkhaus kostet die erste Stunde 1,- Euro. Der Tageshöchstsatz beträgt 10,- Euro.</i> <i>http://www.johanna-etienne-krankenhaus.de/fuer-patienten/anfahrt-parken/</i>
11	Seelsorge
12	Rooming-in
13	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
14	Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
15	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
16	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
17	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Berücksichtigung von verschiedensten Ernährungsarten.</i>
18	Andachtsraum
19	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
20	Abschiedsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen <i>Personelle Unterstützung</i>

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
2	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
3	Besondere personelle Unterstützung
4	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
5	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin <i>Vermittlung von Gebärdendolmetschern</i>
6	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
7	Rollstuhlgerichte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
8	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
9	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
10	Hilfsmittel zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
11	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
12	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) <i>Elektrisch verstellbare Betten in einigen Bereichen, Bettverlängerungen, Betten für Patienten mit besonderem Übergewicht werden bei Bedarf bestellt.</i>
13	Beauftragter und Beauftragte für Patienten und Patientinnen mit Behinderungen und für "Barrierefreiheit"
14	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
15	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
16	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
17	Diätetische Angebote
18	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
19	Dolmetscherdienst <i>Vermittlung von einem Dolmetscherdienst sowie Unterstützung durch das eigene Personal</i>
20	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
2	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
3	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
4	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
5	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
2	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
3	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)
4	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
5	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin
	<i>Mitarbeiter der Savita GmbH - Praktische Einsätze im Johanna Etienne Krankenhaus</i>

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 415

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	19873
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	40000

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	152,49	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 152,49	Ohne:	0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00 1,8 VK fest in der zentralen Notaufnahme. Nach Hausstandard rotieren zusätzlich die Assistenzärzte der Fachabteilungen in die ambulante Versorgung.	Stationär: 152,49 1,8 VK fest in der zentralen Notaufnahme. Nach Hausstandard rotieren zusätzlich die Assistenzärzte der Fachabteilungen in die ambulante Versorgung.
-------------------------	--	---

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	81,49	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 81,49	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00 1,8 VK fest in der Zentralen Notaufnahme. Nach Hausstandard rotieren zusätzlich Assistenzärzte der Fachabteilungen in die ambulante Versorgung.	Stationär: 81,49 Versorgung ambulanter und stationärer Patienten.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt:	3,13	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,13	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00 1,8 VK fest in der zentralen Notaufnahme. Nach Hausstandard rotieren zusätzlich die Assistenzärzte der Fachabteilungen in die ambulante Versorgung.	Stationär: 3,13 1,8 VK fest in der zentralen Notaufnahme. Nach Hausstandard rotieren zusätzlich die Assistenzärzte der Fachabteilungen in die ambulante Versorgung.

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt:	2,38	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,38	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,38

A-11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 237,95

Casemanagement 10,72 VK Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 237,95	Ohne: 0,00
	Casemanagement 10,72 VK Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 237,95
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 10,72

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 10,72 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 10,72

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 4,33

Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 4,33	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 4,33
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,83

Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,83	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,83
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	4,80	
	<i>Versorgung ambulanter und stationärer Patienten</i>	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 4,80	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 4,80
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	12,35	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 12,35	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 12,35
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	3,14	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,14	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 3,14
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	10,51	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 10,51	Ohne: 0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 10,51
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	5,82	
	<i>Versorgung ambulanter und stationärer Patienten</i>	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,82	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 5,82
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	5,82	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,82	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 5,82

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	34,76	
	<i>Versorgung ambulanter und stationärer Patienten</i>	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 34,76	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 34,76
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	34,76	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 34,76	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 34,76
		CTA 1,00 VK + Arzthelfer 22,69VK

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

DIÄTASSISTENT UND DIÄTASSISTENTIN

Gesamt: 1,00

Zusätzlich Vertretung durch Kooperation im Verbund der St. Augustinus Kliniken

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,00

ERGOTHERAPEUT UND ERGOTHERAPEUTIN

Gesamt: 4,50

Kooperation mit SAVITA

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 4,50

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 4,50

LOGOPÄDE UND LOGOPÄDIN/ KLINISCHER LINGUIST UND KLINISCHE LINGUISTIN/SPRECHWISSENSCHAFTLER UND SPRECHWISSENSCHAFTLERIN/PHONETIKER UND PHONETIKERIN

Gesamt: 5,00

Kooperation mit SAVITA

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 5,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 5,00

MEDIZINISCH-TECHNISCHER RADIOLOGIEASSISTENT UND MEDIZINISCH-TECHNISCHE RADIOLOGIEASSISTENTIN (MTRA)

Gesamt: 18,27

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 18,27 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 8,27 **Stationär:** 10,00

Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

ÖCOTROPHOLOGE UND ÖCOTHROPHOLOGIN (ERNÄHRUNGSWISSENSCHAFTLER UND ERNÄHRUNGSWISSENSCHAFTLERIN)

Gesamt: 1,00

Zusätzlich Vertretung durch Kooperation im Verbund der St. Augustinus Kliniken

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,00

PHYSIOTHERAPEUT UND PHYSIOTHERAPEUTIN

Gesamt: 15,50

Kooperation mit SAVITA

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 15,50

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 15,50

PODOLOGE UND PODOLOGIN (FUßPFLEGER UND FUßPFLEGERIN)

Gesamt: 1,00

Kooperation

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 1,00
Kooperation mit externer Podologin

Versorgungsform: **Ambulant:** 1,00 **Stationär:** 1,00

DIPLOM-PSYCHOLOGE UND DIPLOM-PSYCHOLOGIN

Gesamt: 1,51

Zusätzlich Vertretung durch Kooperation im Verbund der St. Augustinus Kliniken

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,26 **Ohne:** 0,25
Zusätzlich durch Kooperation im Verbund der St. Augustinus

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,51
Zusätzlich durch Kooperation im Verbund der St. Augustinus

SOZIALARBEITER UND SOZIALARBEITERIN

Gesamt: 2,75

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,75	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,75	Stationär: 2,00

SOZIALPÄDAGOGE UND SOZIALPÄDAGOGIN

Gesamt:	0,90	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,90	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,45	Stationär: 0,45

PERSONAL MIT WEITERBILDUNG ZUM DIABETESBERATER/ ZUR DIABETESBERATERIN

Gesamt:	1,00	
<i>Zusätzlich Vertretung durch Kooperation im Verbund der St. Augustinus Kliniken</i>		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,00	Stationär: 1,00

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IN DER STOMATHERAPIE

Gesamt:	3,00	
<i>Kooperation mit REHATECHNIK Jesse</i>		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,00	Ohne: 2,00
Versorgungsform:	Ambulant: 2,00	Stationär: 3,00

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IM WUNDMANAGEMENT

Gesamt:	8,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 8,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 8,00	Stationär: 8,00

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Lukas Matyschik, Leitung Qualitäts- und Risikomanagement
Telefon:	02131 52979790
Fax:	
E-Mail:	l.matyschik@ak-neuss.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:	QM-Steuerungsgruppe: Betriebsleitung und Leitung Qualitäts- und Risikomanagement QM-Team: Mitarbeiter aus den Bereichen Medizin; Pflegedienst; Verwaltung; Stabstellen
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Zertifizierter Klinischer Risikomanager (ONR 49003) Lukas Matyschik, Leitung Qualitäts- und Risikomanagement
Telefon:	02131 52979790
Fax:	
E-Mail:	l.matyschik@ak-neuss.de

A-12.2.2 Lenkungsremium

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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Im Rahmen des Risikomanagementprozesses werden Risiken gemäß der ONR 49000 identifiziert und mit Risikoeigner und Mitarbeiter der betroffenen Bereiche analysiert bewertet und Maßnahmen abgeleitet. Zentral trifft sich monatlich eine Steuerungsgruppe zum Thema Risikomanagement
Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikostrategie (AK) / Qualitätspolitik und SOP's im Bereich Qualitäts- und Risikomanagement Letzte Aktualisierung: 01.06.2016</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Notfallmanagement-Medizinischer Notfall innerhalb der Klinik Letzte Aktualisierung: 01.05.2017</i>
5	Schmerzmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
	<i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
14	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
15	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
16	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
17	Entlassungsmanagement <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>
18	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)</i>

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input checked="" type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Andere: Risikoanalysen im Rahmen von Fortbildungen und Workshops

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

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

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 01.06.2009</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: quartalsweise</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:	Einsatz von RISKop Monatliche Besprechung Aufarbeitung der Fälle für die Managementbewertung / Report an Betriebsleitung

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
Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen	1 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	9 ²⁾

Hygienefachkräfte (HFK)	4 ³⁾
Hygienebeauftragte in der Pflege	30 ⁴⁾

¹⁾ Das Johanna-Etienne-Krankenhaus kooperiert mit einer externen Krankenhaushygienikerin vom Hygieneinstitut der Universität Bonn

²⁾ Ein qualifizierter Arzt pro Abteilung

³⁾ Die Besetzung der Hygiene ist mit 2,8 VK (Hygienefachkräfte) ausgestattet.

⁴⁾ In allen Stationen und Funktionsbereichen sind Hygienebeauftragte in der Pflege mit Qualifikation eingesetzt.

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Jens Encke, Chefarzt Innere Medizin und Infektiologe
Telefon:	02131 52953000
Fax:	
E-Mail:	

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

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

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	41
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	108

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Teilweise

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

	OPTION	AUSWAHL
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

	OPTION	AUSWAHL
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
2	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: EuroSafety Health-netRegionale Netzwerk RheinMaas Nord</i>
3	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten <i>z.B. Endoskope (Mikrobiologische Prüfung); Audits und Begehungen der Sterilisationseinheit; Validierung der Aufbereitungsprozesse</i>
4	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen

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

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

<input type="checkbox"/>	NEO-KISS
<input type="checkbox"/>	ONKO-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	STATIONS-KISS
<input type="checkbox"/>	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Kathryn Ellen Sikora, Assistentin der Geschäftsführung
Telefon:	02131 5299988
Fax:	02131 52959059
E-Mail:	k.sikora@ak-neuss.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Gabriele Holtappels, Externe Unterstützerin
Telefon:	02131 561122
Fax:	02131 1561144
E-Mail:	info@johanna-etienne-krankenhaus.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
2	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung		Ja
3	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja
4	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
5	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
6	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	
7	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
8	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
9	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
10	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	
11	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja
12	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
13	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
14	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Institut für Radiologie und interventionelle Radiologie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Radiologie und interventionelle Radiologie
Straße:	Am Hasenberg
Hausnummer:	46
PLZ:	41462
Ort:	Neuss
URL:	http://www.johanna-etienne-krankenhaus.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3751) Radiologie

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

Name/Funktion:	Priv. Doz. Dr. med. Gebhard Schmid, Chefarzt der Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie
Telefon:	02131 52958002
Fax:	
E-Mail:	info@johanna-etienne-krankenhaus.de

B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Am Hasenberg 46
PLZ/Ort:	41462 Neuss
URL:	http://www.johanna-etienne-krankenhaus.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:

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen
2	Intraoperative Bestrahlung
3	Mirkowelle - RFA - Kryo Therapie
4	Therapie mit offenen Radionukliden <i>Wird durch eine im Haus angesiedelte Praxis für Radiologie erbracht.</i>
5	Spezialsprechstunde
6	Neuroradiologie <i>Versorgung der Stroke Unit (Schlaganfallstation)</i>
7	Teleradiologie
8	Tumorembolisation
9	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
10	Konventionelle Röntgenaufnahmen
11	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
12	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
13	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen <i>Wird durch eine im Haus angesiedelte Praxis für Radiologie erbracht.</i>
14	Interventionelle Radiologie
15	Quantitative Bestimmung von Parametern
16	Szintigraphie <i>Wird durch eine im Haus angesiedelte Praxis für Radiologie erbracht.</i>
17	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
18	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
19	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
20	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
21	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>bei CT obligatorisch</i>
22	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
23	Intraoperative Anwendung der Verfahren
24	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) <i>Wird durch eine im Haus angesiedelte Praxis für Radiologie erbracht.</i>
25	Arteriographie
26	Phlebographie
27	Native Sonographie
28	Sonographie mit Kontrastmittel
29	Duplexsonographie
30	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
31	Computertomographie (CT), nativ
32	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
33	Eindimensionale Dopplersonographie
34	Endosonographie

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

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

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	RADIOLOGIE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
	LEISTUNGEN:
	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
2	CHEFARZTSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	<i>Privatversicherte oder Selbstzahler</i>
3	MEDIZINISCHES ZENTRUM FÜR ERWACHSENE MIT GEISTIGER BEHINDERUNG UND SCHWEREN MEHRFACHBEHINDERUNGEN NACH § 119c SGB V
	Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c SGB V
4	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	13,53	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 13,53	Ohne:	0,00

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00
Versorgung ambulanter
und stationärer Patienten

Stationär: 13,53

**Fälle je
Anzahl:** 0,0

Versorgung ambulanter
und stationärer Patienten -
VK Zahl bezogen
Standortübergreifend mit
dem Krankenhaus Neuwerk
der Augustinus Gruppe

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt: 8,31

Beschäftigungs-
verhältnis:

Mit: 8,31

Ohne: 0,00

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00
Versorgung ambulanter
und stationärer Patienten

Stationär: 8,31

**Fälle je
Anzahl:** 0,0

Versorgung ambulanter
und stationärer Patienten -
VK Zahl bezogen
Standortübergreifend mit
dem Krankenhaus Neuwerk
der Augustinus Gruppe

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Radiologie
2	Radiologie, SP Neuroradiologie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Magnetresonanztomographie - fachgebunden -
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[1].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

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

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

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

B-[2] Anästhesie und Intensivmedizin

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Anästhesie und Intensivmedizin
Straße:	Am Hasenberg
Hausnummer:	46
PLZ:	41462
Ort:	Neuss
URL:	http://www.johanna-etienne-krankenhaus.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Name/Funktion:	Dr. med. Franz-Josef Esser, Chefarzt der Klinik für Anästhesie- Intensiv- und Schmerzmedizin
Telefon:	02131 52958302
Fax:	
E-Mail:	info@johanna-etienne-krankenhaus.de

B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Am Hasenberg 46
PLZ/Ort:	41462 Neuss
URL:	http://www.johanna-etienne-krankenhaus.de

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Alle Anästhesieverfahren in allen Fachabteilungen unseres Hauses <i>Die Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin bietet differenzierte Anästhesieverfahren für alle Altersstufen und für das gesamte Eingriffsspektrum der operativ tätigen Abteilungen.</i>
2	Operative Intensivmedizin <i>Leitung des operativen Teils der interdisziplinären Intensivstation</i>
3	Palliativmedizin <i>Ärztliche Besetzung der Palliativstation (gemeinsam mit der Inneren Medizin)</i>
4	Notfallmedizin <i>Notärztliche Besetzung des Notarztstandortes Neuss-Nord (gemeinsam mit der Inneren Medizin) Innerklinisches Notfall- (Reanimations-) Team</i>
5	Schmerztherapie <i>Akute-Schmerz-Dienst und konsiliarische Versorgung von Schmerzpatienten im Haus</i>
6	Ultraschallgestützte Regionalanästhesien als Single-shot- oder Katheter-Verfahren

B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

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

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ANÄSTHESIEAMBULANZ
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Anästhesiologische Prämedikation</i>
2	ANÄSTHESIEAMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
	<i>Die Klinik für Anästhesie übernimmt für alle ambulanten Eingriffe und Operationen die dazu notwendigen Betäubungsverfahren.</i>
3	CHEFARZTSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	<i>Privatversicherte oder Selbstzahler</i>

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

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	17,76	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 17,76	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	17,76
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl:	0,0
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	10,84		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 10,84	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	10,84
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl:	0,0
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie
2	Innere Medizin
3	Transfusionsmedizin

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[2].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 44,52

Inklusive Bereich OP

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 44,52 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 44,52
Fälle je Anzahl: 0,0

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,10

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,10 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,10
Fälle je Anzahl: 0,0

Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,00
		Fälle je Anzahl: 0,0
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Bobath
3	Qualitätsmanagement
4	Sturzmanagement
5	OP-Koordination

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
6	Wundmanagement
7	Dekubitusmanagement
8	Kontinenzmanagement
9	Schmerzmanagement
10	Ernährungsmanagement

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

B-[3] Neurologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Neurologie
Straße:	Am Hasenberg
Hausnummer:	46
PLZ:	41462
Ort:	Neuss
URL:	http://www.johanna-etienne-krankenhaus.de

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2800) Neurologie

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Jan Sobesky, Chefarzt der neurologischen Klinik
Telefon:	02131 52956000
Fax:	02131 52956003
E-Mail:	info@johanna-etienne-krankenhaus.de

B-[3].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Am Hasenberg 46
PLZ/Ort:	41462 Neuss
URL:	http://www.johanna-etienne-krankenhaus.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:

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Neurologische Frührehabilitation
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
3	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
4	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
5	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
7	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
8	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
9	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
11	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
12	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
13	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
14	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
16	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
17	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
18	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
19	Schmerztherapie
20	("Sonstiges") <i>Assoziierte ambulante neurologische Reha</i>
21	Spezialsprechstunde <i>Nerven-Sonologie</i>
22	Stroke Unit <i>Zertifiziert gem. Qualitätsstandards der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe</i>
23	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
24	Chirurgie der Hirngefäßkrankungen

B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	3206
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	525
2	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	282
3	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	239
4	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	187
5	G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	111
6	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	84
7	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	77
8	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	68
9	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	46
10	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	45

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	G45.82	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	38
12	R55	Synkope und Kollaps	34
13	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	34
14	I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung	33
15	G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	29
16	H81.2	Neuropathia vestibularis	29
17	R20.2	Parästhesie der Haut	28
18	R51	Kopfschmerz	27
19	R42	Schwindel und Taumel	26
20	G44.2	Spannungskopfschmerz	26
21	G45.42	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	26
22	G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet	26
23	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	25
24	R20.1	Hypästhesie der Haut	22
25	G41.8	Sonstiger Status epilepticus	22
26	G51.0	Fazialisparese	20
27	G04.8	Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	20
28	I95.1	Orthostatische Hypotonie	19
29	G12.2	Motoneuron-Krankheit	19
30	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	19

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63	Hirnfarkt	814
2	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	485
3	G40	Epilepsie	347
4	G43	Migräne	112
5	H81	Störungen der Vestibularfunktion	91
6	I61	Intrazerebrale Blutung	86
7	G35	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]	66
8	R20	Sensibilitätsstörungen der Haut	58

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	51
10	F45	Somatoforme Störungen	41

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	525
2	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	282
3	G45.1	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig)	269
4	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	187
5	G45.0	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik	129
6	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	84
7	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	77
8	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	68
9	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	46
10	I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal	45
11	G45.8	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	42
12	R55	Synkope und Kollaps	34
13	H81.1	Benigner paroxysmaler Schwindel	34
14	I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung	33
15	G45.4	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]	32
16	H81.2	Neuropathia vestibularis	29
17	R20.2	Parästhesie der Haut	28
18	G35.1	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf	28

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
19	R51	Kopfschmerz	27
20	R42	Schwindel und Taumel	26
21	G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet	26
22	G44.2	Spannungskopfschmerz	26
23	C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute	25
24	R20.1	Hypästhesie der Haut	22
25	G41.8	Sonstiger Status epilepticus	22
26	G51.0	Fazialisparese	20
27	G04.8	Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	20
28	G20.9	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet	19
29	G12.2	Motoneuron-Krankheit	19
30	F45.4	Anhaltende Schmerzstörung	19

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	5327
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	3487
3	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	2285
4	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1779
5	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	1325
6	3-808	Native Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße	1244
7	8-981.0	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden	926
8	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	560
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	558
10	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	553
11	1-206	Neurographie	470
12	1-208.2	Registrierung evozierter Potentiale: Somatosensorisch [SSEP]	446

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
13	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	389
14	1-208.4	Registrierung evozierter Potentiale: Motorisch [MEP]	364
15	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	350
16	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	346
17	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	317
18	8-981.1	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden	286
19	1-613	Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop	227
20	1-208.6	Registrierung evozierter Potentiale: Visuell [VEP]	166
21	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	166
22	8-020.8	Therapeutische Injektion: Systemische Thrombolyse	165
23	3-828	Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	143
24	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	139
25	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	135
26	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	133
27	1-20a.31	Andere neurophysiologische Untersuchungen: Neurophysiologische Diagnostik bei Schwindelsyndromen: Video-Kopfimpulstest	130
28	3-823	Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	118
29	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	98
30	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	92

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	5327
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	3487
3	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	2285
4	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	1779
5	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	1347
6	3-808	Native Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße	1244

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	8-981	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	1212
8	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	1175
9	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	577
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	558

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	CHEFARZTSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	<i>Privatversicherte oder Selbstzahler</i>
2	NEUROLOGISCHE AMBULANZ
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
	VN07 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
	VN16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
	VN06 - Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
	VN04 - Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
	VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
	VN20 - Spezialsprechstunde
	<i>Abklärung und Vorbereitung einer späteren Krankenhausbehandlung oder Festigung und Sicherung einer voran gegangenen Krankenhausbehandlung</i>
3	NOTFALLAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)

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

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

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	20,06	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 20,06	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	20,06
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl:	159,8
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	9,16		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 9,16	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	9,16
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl:	350,0
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Innere Medizin
2	Neurologie

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Geriatric
2	Intensivmedizin

B-[3].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	33,37		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 33,37	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 33,37	
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl: 96,1	
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,79		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,79	Ohne: 0,00	

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,79
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl: 4058,2
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,66	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,66	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,66
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl: 1931,3
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	3,19	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,19	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 3,19
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl: 1005,0
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,08	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,08	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,08
		Fälle je Anzahl: 40075,0

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Entlassungsmanagement
2	Ernährungsmanagement
3	Dekubitusmanagement
4	Diabetes
5	Wundmanagement
6	Palliative Care
7	Kinästhetik
8	Stomamanagement
9	Kontinenzmanagement
10	Qualitätsmanagement
11	Schmerzmanagement
12	Stroke Unit Care
13	Geriatric
	<i>z. B. Zercur</i>
14	Sturzmanagement
15	Pflegeexperte Neurologie
	<i>z. B. Parkinson Nurse</i>
16	Bobath

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

B-[4] Allgemein- und Visceralchirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemein- und Visceralchirurgie
Straße:	Am Hasenberg
Hausnummer:	46
PLZ:	41462
Ort:	Neuss
URL:	http://www.johanna-etienne-krankenhaus.de

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Thomas Foitzik, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie
Telefon:	02131 52954000
Fax:	02131 52954503
E-Mail:	info@johanna-etienne-krankenhaus.de

B-[4].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Am Hasenberg 46
PLZ/Ort:	41462 Neuss
URL:	http://www.johanna-etienne-krankenhaus.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:

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Notfallmedizin
2	Spezialsprechstunde
3	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
4	Minimalinvasive laparoskopische Operationen <i>Hernienchirurgie: Die Fachabteilung besitzt ein spezielles Zertifikat als Kompetenzzentrum für Hernienchirurgie.</i>
5	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie <i>Die Fachabteilung ist als Pankreaskrebszentrum zertifiziert.</i>
6	Magen-Darm-Chirurgie <i>Die Fachabteilung ist als Darmkrebszentrum zertifiziert.</i>
7	Endokrine Chirurgie
8	Chirurgische Intensivmedizin
9	Minimalinvasive endoskopische Operationen
10	Nierenchirurgie
11	Tumorchirurgie <i>Die Fachabteilung ist als Darmkrebs- und Pankreaskrebszentrum zertifiziert.</i>
12	Proktologische Chirurgie

B-[4].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	1956
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].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	154
2	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	86
3	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	78
4	K59.0	Obstipation	57
5	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	54
6	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	50
7	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	43
8	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	39
9	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	38
10	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	35
11	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	34
12	K60.3	Analfistel	31
13	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	31
14	K81.0	Akute Cholezystitis	30
15	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	28
16	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	28
17	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	27
18	A46	Erysipel [Wundrose]	26
19	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	22
20	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	21
21	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	20
22	L05.9	Pilonidalzyste ohne Abszess	19
23	K85.10	Biliäre akute Pankreatitis: Ohne Angabe einer Organkomplikation	18
24	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	17
25	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	17
26	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	17

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	K61.0	Analabszess	17
28	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	16
29	K60.1	Chronische Analfissur	16
30	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	15

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K40	Hernia inguinalis	191
2	K80	Cholelithiasis	178
3	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	167
4	K57	Divertikulose des Darmes	108
5	K35	Akute Appendizitis	91
6	K43	Hernia ventralis	75
7	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	65
8	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	58
9	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	52
10	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	50

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	K40.9	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	182
2	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	86
3	K80.1	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	80
4	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	66
5	K59.0	Obstipation	57
6	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	54
7	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	50
8	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	43

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
9	K57.2	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	40
10	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	38
11	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	35
12	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	31
13	K60.3	Analfistel	31
14	K81.0	Akute Cholezystitis	30
15	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	28
16	K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	27
17	A46	Erysipel [Wundrose]	26
18	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	22
19	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	21
20	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	20
21	L05.9	Pilonidalzyste ohne Abszess	19
22	K85.1	Biliäre akute Pankreatitis	18
23	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	17
24	K61.0	Analabszess	17
25	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	17
26	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	17
27	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	16
28	K60.1	Chronische Analfissur	16
29	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	15
30	C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum	14

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	363
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	295
3	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	283
4	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	267
5	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	195
6	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	170
7	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	146
8	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	139
9	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	133
10	5-896.1d	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Gesäß	120
11	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	107
12	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	104
13	5-896.1b	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	95
14	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	89
15	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	86
16	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	81
17	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	72
18	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	68
19	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	66
20	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	65
21	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	63

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	5-530.32	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	61
23	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	61
24	5-543.20	Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe: Resektion des Omentum: Partiell	60
25	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	52
26	5-455.41	Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit Anastomose	48
27	3-13a	Kolonkontrastuntersuchung	46
28	5-406.9	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Mesenterial	46
29	5-916.a5	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend subfaszial an der Bauchwand oder im Bereich von Nähten der Faszien bzw. des Peritoneums	44
30	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	43

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-469	Andere Operationen am Darm	513
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	363
3	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	316
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	295
5	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	287
6	5-511	Cholezystektomie	257
7	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	189
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	160
9	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	157
10	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	146

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	CHIRURGISCHE AMBULANZ
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
	VC58 - Spezialsprechstunde
	<i>Abklärung und Vorbereitung einer späteren Krankenhausbehandlung oder Festigung und Sicherung einer voran gegangenen Krankenhausbehandlung</i>
2	NOTFALLAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
3	CHIRURGISCHE AMBULANZ
	Privatambulanz
	<i>Privatversicherte oder Selbstzahler</i>
4	CHIRURGISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
	<i>Konsiliarische Beratung/Untersuchung</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	43
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	10
3	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	5
4	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	4
5	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	4
6	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	< 4
7	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
8	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	< 4
9	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
10	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4

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

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	12,55	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 12,55	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 12,55	
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten Nach Hausstandard rotieren die Assistenzärzte der Fachabteilungen in die ambulante Versorgung.	Fälle je Anzahl: 155,9	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten Nach Hausstandard rotieren die Assistenzärzte der Fachabteilungen in die ambulante Versorgung.

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	6,10		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 6,10	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 6,10	
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl: 320,7	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Proktologie
2	Spezielle Viszeralchirurgie

B-[4].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	10,12		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 10,12	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 10,12	
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl: 193,3	
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,07		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,07	Ohne: 0,00	

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,07
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl: 27942,9
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	2,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,00
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl: 978,0
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Operationsdienst
2	Pflege in der Onkologie
3	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
4	Master
5	Bachelor
6	Intensivpflege und Anästhesie
7	Hygienebeauftragte in der Pflege
8	Praxisanleitung
9	Casemanagement

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Stomamanagement
2	Sturzmanagement
3	Kontinenzmanagement
4	Ernährungsmanagement

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
5	Schmerzmanagement
6	Entlassungsmanagement
7	Diabetes
8	Dekubitusmanagement
9	Kinästhetik
10	Palliative Care
11	Bobath
12	Wundmanagement

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

B-[5] Innere Medizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Innere Medizin
Straße:	Am Hasenberg
Hausnummer:	46
PLZ:	41462
Ort:	Neuss
URL:	http://www.johanna-etienne-krankenhaus.de

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0100) Innere Medizin

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. med Jens Encke, Chefarzt der internistischen Klinik
Telefon:	02131 52953002
Fax:	02131 52953003
E-Mail:	info@johanna-etienne-krankenhaus.de

B-[5].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Am Hasenberg 46
PLZ/Ort:	41462 Neuss
URL:	http://www.johanna-etienne-krankenhaus.de

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Spezialsprechstunde
2	Naturheilkunde
3	Palliativmedizin <i>Ärztliche Besetzung der Palliativstation (gemeinsam mit der Anästhesie)</i>
4	Physikalische Therapie
5	Schmerztherapie
6	Transfusionsmedizin
7	Endoskopie
8	Intensivmedizin <i>Leitung des konservativen Teils der interdisziplinären Intensivstation</i>
9	Onkologische Tagesklinik
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
12	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
13	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
14	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
15	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
16	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
17	Elektrophysiologie
18	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
19	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
20	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
21	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
22	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
23	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
25	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
26	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
27	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
28	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
29	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
31	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
32	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
33	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
34	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
35	Diagnostik und Therapie von Allergien
36	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
37	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
38	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
39	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
40	Notfallmedizin

Notärztliche Besetzung des Notarztstandorts Neuss-Nord (gemeinsam mit der Anästhesie)

B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	6021
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	153
2	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	142
3	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	140
4	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	137
5	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	135
6	E86	Volumenmangel	121
7	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	121
8	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	120
9	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	119
10	R55	Synkope und Kollaps	106
11	R07.2	Präkordiale Schmerzen	104
12	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	103
13	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	81
14	I20.0	Instabile Angina pectoris	78
15	K63.5	Polyp des Kolons	74
16	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	71
17	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	68
18	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	67
19	J44.10	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes	63
20	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	58
21	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	55
22	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	54
23	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	49
24	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	47
25	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	46
26	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	45
27	D38.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge	45
28	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	41

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
29	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	41
30	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	40

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	342
2	I50	Herzinsuffizienz	314
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	281
4	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	216
5	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	207
6	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	201
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	199
8	R07	Hals- und Brustschmerzen	186
9	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	153
10	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	136

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	210
2	I50.1	Linksherzinsuffizienz	177
3	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	153
4	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	142
5	J44.1	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	139
6	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	137
7	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	137
8	I10.0	Benigne essentielle Hypertonie	129
9	E86	Volumenmangel	121
10	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	121
11	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	119

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
12	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	106
13	R55	Synkope und Kollaps	106
14	R07.2	Präkordiale Schmerzen	104
15	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	103
16	I20.0	Instabile Angina pectoris	78
17	K63.5	Polyp des Kolons	74
18	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	71
19	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	68
20	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	67
21	N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	65
22	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	58
23	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	57
24	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	55
25	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	54
26	K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	47
27	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	46
28	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	45
29	D38.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Trachea, Bronchus und Lunge	45
30	E11.9	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen	43

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2529
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1711
3	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1011
4	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	905
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	798
6	3-200	Native Computertomographie des Schädels	776
7	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	760
8	1-710	Ganzkörperplethysmographie	720
9	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	655
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	447
11	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	362
12	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	347
13	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	326
14	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	313
15	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	312
16	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	283
17	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	267
18	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	256
19	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	245
20	1-430.1	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus	232
21	1-620.02	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit Alveoloskopie	226
22	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	217
23	8-837.00	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Angioplastie (Ballon): Eine Koronararterie	212
24	8-98f.0	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	207

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	8-837.m0	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen: Einlegen eines medikamentenfreisetzen Stents: Ein Stent in eine Koronararterie	195
26	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	179
27	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	176
28	8-83b.08	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzen Stents oder OPD-Systeme: Sirolimus-freisetzen Stents oder OPD-Systeme mit Polymer	173
29	8-83b.0c	Zusatzinformationen zu Materialien: Art der medikamentenfreisetzen Stents oder OPD-Systeme: Everolimus-freisetzen Stents oder OPD-Systeme mit sonstigem Polymer	165
30	8-982.0	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Bis zu 6 Behandlungstage	164

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	2529
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	1711
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	1191
4	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie	1040
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	905
6	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	827
7	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	798
8	3-200	Native Computertomographie des Schädels	776
9	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	767
10	1-710	Ganzkörperplethysmographie	720

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
2	AMBULANZ DER INNEREN MEDIZIN
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
	<i>Konsiliarische Beratung/Untersuchung</i>

3	AMBULANZ DER INNEREN MEDIZIN
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
	VH15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VH19 - Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
	VI35 - Endoskopie
	VI37 - Onkologische Tagesklinik
	VH21 - Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
	<i>Abklärung und Vorbereitung einer späteren Krankenhausbehandlung oder Festigung und Sicherung einer voran gegangenen Krankenhausbehandlung</i>
4	CHEFARZTSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	<i>Privatversicherte oder Selbstzahler</i>
5	MEDIZINISCHES ZENTRUM FÜR ERWACHSENE MIT GEISTIGER BEHINDERUNG UND SCHWEREN MEHRFACHBEHINDERUNGEN NACH § 119c SGB V
	Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c SGB V

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

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

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	37,14	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 37,14	Ohne:	0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 37,14
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten - Nach Hausstandard rotieren die Assistenzärzte der Fachabteilungen in die ambulante Versorgung. 1,8 VK fest in der ZNA.	Fälle je Anzahl: 162,1
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten - Nach Hausstandard rotieren die Assistenzärzte der Fachabteilungen in die ambulante Versorgung. Incl. Notarzt
- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN		
Gesamt:	17,80	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 17,80	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 17,80
	Nach Hausstandard rotieren die Assistenzärzte der Fachabteilungen in die ambulante Versorgung. 1,8 VK fest in der ZNA.	Fälle je Anzahl: 338,3
		Nach Hausstandard rotieren die Assistenzärzte der Fachabteilungen in die ambulante Versorgung. 1,8 VK fest in der ZNA.

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Innere Medizin und Gastroenterologie
2	Innere Medizin und Kardiologie
3	Innere Medizin
4	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
5	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
6	Innere Medizin und Pneumologie
7	Hygiene und Umweltmedizin
8	Klinische Pharmakologie
9	Allgemeinmedizin

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Diabetologie
2	Notfallmedizin
3	Geriatric
4	Palliativmedizin
5	Infektiologie
6	Medikamentöse Tumorthherapie
7	Intensivmedizin

B-[5].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 75,84

incl. Pflegepersonal der Intensivstation; Chest Pain Unit; Funktionsbereiche (Endoskopie/Herzkathederlabor)

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	75,84	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	75,84
Versorgungsform:	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten		Fälle je Anzahl:	79,4
			Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,42

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,42 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,42
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl: 14335,7
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,99	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,99	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,99
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl: 6081,8
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELPERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	2,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,00
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl: 3010,5
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

PFLEGEHELPER UND PFLEGEHELPERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,06	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,06	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,06
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl: 5680,2
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Pflege in der Onkologie
2	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
3	Master
4	Bachelor
5	Intensivpflege und Anästhesie
6	Notfallpflege
7	Hygienebeauftragte in der Pflege
8	Pflege in der Endoskopie
9	Casemanagement
10	Praxisanleitung
11	Intermediate Care Pflege

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Qualitätsmanagement
3	Ernährungsmanagement
4	Entlassungsmanagement
5	Bobath
6	Wundmanagement
7	Sturzmanagement
8	Diabetes
9	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
10	Dekubitusmanagement
11	Geriatric
	<i>z. B. Zercur</i>
12	Stomamanagement
13	Palliative Care
14	Deeskalationstraining
15	Kontinenzmanagement
16	Schmerzmanagement

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN

Gesamt:	0,90		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,90	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,90	Stationär: 0,00	
	Fälle je Anzahl:	0,0	

B-[6] Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
Straße:	Am Hasenberg
Hausnummer:	46
PLZ:	41462
Ort:	Neuss
URL:	http://www.johanna-etienne-krankenhaus.de

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2300) Orthopädie

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. Dr. h.c. Jörg Jerosch, Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
Telefon:	02131 52952000
Fax:	
E-Mail:	info@johanna-etienne-krankenhaus.de

B-[6].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Am Hasenberg 46
PLZ/Ort:	41462 Neuss
URL:	http://www.johanna-etienne-krankenhaus.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:

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
2	Spezialsprechstunde
3	Traumatologie
4	Wirbelsäulenchirurgie
5	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
6	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
7	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
8	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
9	Endoprothetik <i>Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung, zertifiziert gem. den Anforderungen der EndoCert</i>
10	Kinderorthopädie
11	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
14	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
15	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
16	Fußchirurgie <i>Zertifiziertes Zentrum für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie nach den Anforderungen von Fuß-Zert</i>
17	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
18	Handchirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
19	Schulterchirurgie
20	Septische Knochenchirurgie
21	Sportmedizin/Sporttraumatologie
22	Arthroskopische Operationen
23	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
24	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
25	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
26	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
27	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
28	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
29	Bandrekonstruktionen/Plastiken
30	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
31	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
34	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
35	Metall-/Fremdkörperentfernungen

B-[6].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	3243
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06.0	Gehirnerschütterung	193
2	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	134
3	M54.4	Lumboischialgie	119
4	M54.5	Kreuzschmerz	77
5	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	72
6	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	70

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	69
8	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	68
9	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	63
10	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	58
11	M24.85	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	58
12	M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	51
13	S00.95	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet: Prellung	51
14	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	50
15	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	48
16	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	45
17	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	44
18	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	37
19	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	36
20	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	34
21	M25.55	Gelenkschmerz: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	31
22	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	28
23	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	26
24	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	26
25	S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet	24
26	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	24
27	M19.01	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	24
28	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	23
29	S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3	23
30	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet	22

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M54	Rückenschmerzen	233
2	S06	Intrakranielle Verletzung	217

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	S72	Fraktur des Femurs	194
4	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	181
5	M75	Schulterläsionen	158
6	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	157
7	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	146
8	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	120
9	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	90
10	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	88

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	S06.0	Gehirnerschütterung	193
2	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	134
3	M54.4	Lumboischialgie	119
4	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	98
5	S72.0	Schenkelhalsfraktur	93
6	S42.2	Fraktur des proximalen Endes des Humerus	89
7	M48.0	Spinal(kanal)stenose	79
8	M54.5	Kreuzschmerz	77
9	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	72
10	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	70
11	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	69
12	M24.8	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen, anderenorts nicht klassifiziert	61
13	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	58
14	M25.5	Gelenkschmerz	54
15	M80.0	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur	52
16	S22.0	Fraktur eines Brustwirbels	51
17	S00.9	Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet	51

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
18	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	50
19	M23.3	Sonstige Meniskusschädigungen	49
20	M00.9	Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet	49
21	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	48
22	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	45
23	S52.5	Distale Fraktur des Radius	42
24	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	34
25	M19.0	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke	32
26	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	28
27	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	26
28	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	26
29	M47.2	Sonstige Spondylose mit Radikulopathie	26
30	S22.4	Rippenserienfraktur	24

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	2622
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1728
3	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	1183
4	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	675
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	618
6	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	569
7	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	321
8	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	238
9	8-914.12	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Mit bildgebenden Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	223
10	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	214

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
11	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	208
12	8-917.03	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: An den Gelenken der Lendenwirbelsäule	144
13	3-705.0	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein-Phasen-Szintigraphie	131
14	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	124
15	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	123
16	5-820.01	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert	114
17	5-839.a0	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung: 1 Wirbelkörper	111
18	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	110
19	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	101
20	5-824.21	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Invers	99
21	5-811.20	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humeroglenoidalgelenk	83
22	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	77
23	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	77
24	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	75
25	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	75
26	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	71
27	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	71
28	3-841	Magnetresonanz-Myelographie	69
29	5-814.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	68
30	5-811.2g	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Hüftgelenk	63

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	2623
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1728
3	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	1183
4	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	675
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	618
6	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	569
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	485
8	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	404
9	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	357
10	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	343

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
2	ORTHOPÄDISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
	<i>Konsiliarische Beratung/Untersuchung</i>
3	D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE AMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
4	CHEFARZTSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	<i>Privatversicherte oder Selbstzahler</i>
5	ORTHOPÄDISCHE AMBULANZ
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VO00 - ("Sonstiges")
	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln

5	ORTHOPÄDISCHE AMBULANZ
	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
	VO14 - Endoprothetik
	VO15 - Fußchirurgie
	VO16 - Handchirurgie
	VO12 - Kinderorthopädie
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
	VO19 - Schulterchirurgie
	VO13 - Spezialsprechstunde
	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
	VO21 - Traumatologie
	<i>Abklärung und Vorbereitung einer späteren Krankenhausbehandlung oder Festigung und Sicherung einer voran gegangenen Krankenhausbehandlung</i>
6	MEDIZINISCHES ZENTRUM FÜR ERWACHSENE MIT GEISTIGER BEHINDERUNG UND SCHWEREN MEHRFACHBEHINDERUNGEN NACH § 119C SGB V
	Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c SGB V

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	60
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	38
3	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	36
4	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	11
5	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	10
6	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	10
7	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	5
8	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	4
10	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	< 4

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

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

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	18,33	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 18,33	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00 Versorgung ambulanter und stationärer Patienten. Nach Hausstandard rotieren die Assistenzärzte der Fachabteilungen in die ambulante Versorgung.	Stationär: 18,33 Fälle je Anzahl: 176,9 Versorgung ambulanter und stationärer Patienten. Nach Hausstandard rotieren die Assistenzärzte der Fachabteilungen in die ambulante Versorgung.	

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	7,41		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7,41	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00 Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Stationär: 7,41 Fälle je Anzahl: 437,7 Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Orthopädie und Unfallchirurgie
2	Hygiene und Umweltmedizin
3	Physikalische und Rehabilitative Medizin

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Akupunktur
2	Notfallmedizin
3	Physikalische Therapie und Balneologie
4	Kinder-Orthopädie
5	Manuelle Medizin/Chirotherapie
6	Spezielle Schmerztherapie
7	Spezielle Unfallchirurgie
8	Sportmedizin
9	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
10	Spezielle Orthopädische Chirurgie

B-[6].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 31,02

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 31,02 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 31,02

Versorgung ambulanter und stationärer Patienten Fälle je Anzahl: 104,5

Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,41		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,41	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,41
			Fälle je Anzahl: 7909,8

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	2,07		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,07	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 2,07
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten		Fälle je Anzahl: 1566,7
			Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	3,16		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3,16	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 3,16
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten		Fälle je Anzahl: 1026,3
			Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensivpflege und Anästhesie
2	Operationsdienst

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
3	Master
4	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
5	Bachelor
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Praxisanleitung
8	Casemanagement

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Kinästhetik
2	Bobath
3	Ernährungsmanagement
4	Entlassungsmanagement
5	Stomamanagement
6	Dekubitusmanagement
7	Diabetes
8	Geriatric <i>z. B. Zercur</i>
9	Schmerzmanagement
10	Wundmanagement
11	Sturzmanagement
12	Kontinenzmanagement

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

B-[7] Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Straße:	Am Hasenberg
Hausnummer:	46
PLZ:	41462
Ort:	Neuss
URL:	http://www.johanna-etienne-krankenhaus.de

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Matthias Korell, Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Telefon:	02131 52950002
Fax:	02131 52955003
E-Mail:	info@johanna-etienne-krankenhaus.de

B-[7].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Am Hasenberg 46
PLZ/Ort:	41462 Neuss
URL:	http://www.johanna-etienne-krankenhaus.de

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Urogynäkologie
2	Geburtshilfliche Operationen
3	Gynäkologische Chirurgie
4	Gynäkologische Endokrinologie
5	Inkontinenzchirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
6	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
7	Pränataldiagnostik und -therapie
8	Reproduktionsmedizin
9	Spezialsprechstunde
10	Endoskopische Operationen
11	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
13	Betreuung von Risikoschwangerschaften
14	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
15	Ambulante Entbindung
16	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
17	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
18	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
19	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
20	Intraoperative Bestrahlung

B-[7].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	3821
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	503
2	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	207
3	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	184
4	P08.1	Sonstige für das Gestationsalter zu schwere Neugeborene	165
5	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	104
6	O69.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur	101

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	N80.5	Endometriose des Darmes	92
8	N80.3	Endometriose des Beckenperitoneums	92
9	O99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	84
10	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	76
11	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	75
12	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	67
13	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	66
14	O80	Spontangeburt eines Einlings	65
15	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	63
16	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	62
17	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	60
18	K66.0	Peritoneale Adhäsionen	58
19	O71.8	Sonstige näher bezeichnete Verletzungen unter der Geburt	54
20	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	48
21	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	47
22	N80.1	Endometriose des Ovars	46
23	P05.0	Für das Gestationsalter zu leichte Neugeborene	41
24	N73.6	Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken	39
25	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	37
26	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	36
27	N80.0	Endometriose des Uterus	35
28	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	33
29	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	30
30	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	29

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	504
2	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	413

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	N80	Endometriose	290
4	D25	Leiomyom des Uterus	246
5	P08	Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht	170
6	O70	Dammriss unter der Geburt	136
7	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	117
8	O69	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen	108
9	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	95
10	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	76

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	503
2	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	207
3	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	184
4	P08.1	Sonstige für das Gestationsalter zu schwere Neugeborene	165
5	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	104
6	O69.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur	101
7	N80.3	Endometriose des Beckenperitoneums	92
8	N80.5	Endometriose des Darmes	92
9	O99.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	84
10	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	76
11	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	75
12	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	67

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
13	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	66
14	O80	Spontangeburt eines Einlings	65
15	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	63
16	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	62
17	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	60
18	K66.0	Peritoneale Adhäsionen	58
19	O71.8	Sonstige näher bezeichnete Verletzungen unter der Geburt	54
20	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	48
21	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	47
22	N80.1	Endometriose des Ovars	46
23	P05.0	Für das Gestationsalter zu leichte Neugeborene	41
24	N73.6	Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken	39
25	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	37
26	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	36
27	N80.0	Endometriose des Uterus	35
28	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	33
29	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	30
30	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge	29

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-242	Audiometrie	729
2	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	501
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	473

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	9-262.1	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Spezielle Versorgung (Risiko-Neugeborenes)	407
5	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	398
6	3-100.0	Mammographie: Eine oder mehr Ebenen	279
7	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie	239
8	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	228
9	3-709.0	Szintigraphie des Lymphsystems: Planare Lymphszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik	220
10	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	214
11	3-807	Native Magnetresonanztomographie der Mamma	178
12	3-827	Magnetresonanztomographie der Mamma mit Kontrastmittel	178
13	5-702.2	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	173
14	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	171
15	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	171
16	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	167
17	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	162
18	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	156
19	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)	153
20	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	152
21	5-667.1	Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation	146
22	5-406.11	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1	144
23	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	141
24	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	140
25	5-933	Verwendung einer Kunststoff- oder biologischen Membran zur Prophylaxe von Adhäsionen	138
26	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	137

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	134
28	3-705.0	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Ein-Phasen-Szintigraphie	127
29	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	125
30	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	121

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	805
2	1-242	Audiometrie	729
3	5-469	Andere Operationen am Darm	523
4	3-100	Mammographie	518
5	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	473
6	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	408
7	5-749	Andere Sectio caesarea	401
8	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	301
9	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	270
10	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	224

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
2	GYNÄKOLOGISCHE AMBULANZ
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VG19 - Ambulante Entbindung
	VG18 - Gynäkologische Endokrinologie
	VG17 - Reproduktionsmedizin
	VG15 - Spezialsprechstunde
	VG16 - Urogynäkologie
	<i>Abklärung und Vorbereitung einer späteren Krankenhausbehandlung oder Festigung und Sicherung einer voran gegangenen Krankenhausbehandlung</i>

3	CHEFARZTSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	Privatversicherte oder Selbstzahler
4	GYNÄKOLOGISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
	Konsiliarische Beratung/Untersuchung
5	MEDIZINISCHES ZENTRUM FÜR ERWACHSENE MIT GEISTIGER BEHINDERUNG UND SCHWEREN MEHRFACHBEHINDERUNGEN NACH § 119C SGB V
	Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c SGB V

B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	131
2	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	26
3	5-671	Konisation der Cervix uteri	14
4	5-469	Andere Operationen am Darm	7
5	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	5
6	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	5
7	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	4
8	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	< 4
9	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	< 4
10	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4

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

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	16,62	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 16,62	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	16,62
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl:	229,9
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	9,82		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 9,82	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	9,82
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl:	389,1
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Psychotherapie - fachgebunden -
2	Psychoanalyse

B-[7].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 11,91

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 11,91 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 11,91
 Versorgung ambulanter und stationärer Patienten Fälle je Anzahl: 320,8
 Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 3,20

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 3,20 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 3,20
 Versorgung ambulanter und stationärer Patienten Fälle je Anzahl: 1194,1
 Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 1,00
 Fälle je Anzahl: 3821,0
 Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	10,51		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 10,51	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 10,51	
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl: 363,6	
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Master
3	Pflege in der Onkologie
4	Bachelor
5	Operationsdienst
6	Hygienebeauftragte in der Pflege
7	Praxisanleitung
8	Casemanagement

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Ernährungsmanagement
2	Kinästhetik
3	Entlassungsmanagement
4	Stomamanagement
5	Diabetes
6	Wundmanagement
7	Dekubitusmanagement
8	Bobath
9	Schmerzmanagement

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
10	Sturzmanagement
11	Breast Care Nurse
12	Qualitätsmanagement
13	Still- und Laktationsberatung <i>z. B Still- und Laktationsberater (IBCLC)</i>
14	Palliative Care
15	Kontinenzmanagement

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

B-[8] Gefäß- und Thoraxchirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Gefäß- und Thoraxchirurgie
Straße:	Am Hasenberg
Hausnummer:	46
PLZ:	41462
Ort:	Neuss
URL:	http://www.johanna-etienne-krankenhaus.de

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1800) Gefäßchirurgie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Jens Schulte-Herbrüggen, Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie Department: Thoraxchirurgie Herr Dr. med. Peter Krieg
Telefon:	02131 52954502
Fax:	02131 52954503
E-Mail:	info@johanna-etienne-krankenhaus.de

B-[8].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Am Hasenberg 46
PLZ/Ort:	41462 Neuss
URL:	http://www.johanna-etienne-krankenhaus.de

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Portimplantation
2	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen <i>Carotis-Operationen, Stent-Implantationen</i>
3	Dialyseshuntchirurgie <i>Dialysekatheter</i>
4	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
5	Mediastinoskopie
6	Operationen wegen Thoraxtrauma
7	Lungenchirurgie
8	Aortenaneurysmachirurgie <i>Implantationen von Aortenstents, auch an der thorakalen Aorta</i>
9	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
10	Thorakoskopische Eingriffe

B-[8].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

Vollstationäre Fallzahl:	1626
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	394
2	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	126
3	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	104
4	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	85
5	I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	78
6	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	71
7	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	56
8	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	54
9	A46	Erysipel [Wundrose]	49
10	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	35
11	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	30
12	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	29
13	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	24
14	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	22
15	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	17
16	D14.3	Gutartige Neubildung: Bronchus und Lunge	16
17	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	16
18	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	16
19	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	14
20	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	13
21	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	13
22	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	13

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
23	I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	12
24	I70.29	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet	12
25	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	11
26	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	10
27	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	9
28	G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	8
29	C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	8
30	J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	8

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70	Atherosklerose	676
2	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	128
3	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	103
4	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	82
5	I83	Varizen der unteren Extremitäten	65
6	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	54
7	A46	Erysipel [Wundrose]	49
8	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	44
9	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	42
10	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	40

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien	670
2	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	126
3	I80.2	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der Beckenvenen	78

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
4	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	56
5	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	54
6	A46	Erysipel [Wundrose]	49
7	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	35
8	E11.7	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen	33
9	C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)	29
10	I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	24
11	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	22
12	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	17
13	C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)	16
14	D14.3	Gutartige Neubildung: Bronchus und Lunge	16
15	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	16
16	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	14
17	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	13
18	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	13
19	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	13
20	I80.0	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren Extremitäten	12
21	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	11
22	I87.2	Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher)	10
23	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	10

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
24	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	9
25	G45.1	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig)	9
26	C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura	8
27	J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	8
28	I71.0	Dissektion der Aorta	7
29	E11.5	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen	7
30	J86.9	Pyothorax ohne Fistel	7

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	763
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	457
3	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	317
4	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	294
5	5-930.3	Art des Transplantates: Xenogen	270
6	8-836.0s	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Arterien Oberschenkel	236
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	181
8	8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Andere Arterien abdominal und pelvin	178
9	5-381.70	Enderarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	164
10	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	161
11	5-381.71	Enderarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	135
12	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	121
13	5-930.4	Art des Transplantates: Alloplastisch	119
14	5-381.01	Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	118
15	5-381.02	Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	118
16	5-381.03	Enderarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	115

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
17	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	114
18	8-840.0s	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Arterien Oberschenkel	109
19	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	100
20	8-836.0c	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Unterschenkel	98
21	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	98
22	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	95
23	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	93
24	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	92
25	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	87
26	1-620.02	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit Alveoloskopie	82
27	8-840.0q	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents: Ein Stent: Andere Arterien abdominal und pelvin	81
28	3-808	Native Magnetresonanztomographie der peripheren Gefäße	78
29	5-983	Reoperation	76
30	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	74

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-381	Endarteriektomie	777
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	763
3	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	573
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	457
5	5-930	Art des Transplantates	399
6	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	389
7	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	317
8	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	294

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	252
10	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentenfreisetzenden Stents	245

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	GEFÄßCHIRURGISCHE AMBULANZ		
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V		
	LEISTUNGEN:		
	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen		
	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen		
	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen		
	VC62 - Portimplantation		
	<i>Abklärung und Vorbereitung einer späteren Krankenhausbehandlung oder Festigung und Sicherung einer voran gegangenen Krankenhausbehandlung</i>		
2	GEFÄßCHIRURGISCHE AMBULANZ		
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)		
	<i>Konsiliarische Beratung/Untersuchung</i>		
3	CHEFARZTSPRECHSTUNDE		
	Privatambulanz		
	<i>Privatversicherte oder Selbstzahler</i>		
4	NOTFALLAMBULANZ		
	Notfallambulanz (24h)		
5	MEDIZINISCHES ZENTRUM FÜR ERWACHSENE MIT GEISTIGER BEHINDERUNG UND SCHWEREN MEHRFACHBEHINDERUNGEN NACH § 119c SGB V		
	Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c SGB V		

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	125
2	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	13
3	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	4
4	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunttes	< 4
5	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	< 4

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

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

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	13,37	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
---------	-------	--	-------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 13,37	Ohne: 0,00
---------------------------	-------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 13,37
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten. Nach Hausstandard rotieren die Assistenzärzte der Fachabteilungen in die ambulante Versorgung.	Fälle je Anzahl: 121,6 Versorgung ambulanter und stationärer Patienten. Nach Hausstandard rotieren die Assistenzärzte der Fachabteilungen in die ambulante Versorgung.

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	9,67
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 9,67	Ohne: 0,00
---------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 9,67
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl: 168,1 Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Thoraxchirurgie
2	Allgemeinchirurgie
3	Gefäßchirurgie
4	Herzchirurgie

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Phlebologie

B-[8].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	20,45		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 20,45	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 20,45	
	Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	Fälle je Anzahl: 79,5	
		Versorgung ambulanter und stationärer Patienten	

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,17		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,17	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,17	
		Fälle je Anzahl: 9564,7	

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,08

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,08 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,08
Versorgung ambulanter und stationärer Patienten **Fälle je Anzahl:** 20325,0
Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 1,00
Versorgung ambulanter und stationärer Patienten **Fälle je Anzahl:** 1626,0
Versorgung ambulanter und stationärer Patienten

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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
2	Master
3	Bachelor
4	Praxisanleitung
5	Casemanagement
6	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[8].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Sturzmanagement
2	Qualitätsmanagement
3	Kontinenzmanagement
4	Schmerzmanagement
5	Bobath
6	Dekubitusmanagement
7	Diabetes
8	Entlassungsmanagement
9	Wundmanagement
10	Ernährungsmanagement
11	Kinästhetik

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

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacherver: Herzschrittmacher- Implantation (09/1)	93	101,1
2	Herzschrittmacherver: Aggregatwechsel (09/2)	8	150
3	Herzschrittmacherver: Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	22	100
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	4	100
6	Karotis- Revaskularisation (10/2)	157	100,6
7	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/ 1)	725	100,8
8	Geburtshilfe (16/1)	795	100
9	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	66	95,5
10	Mammachirurgie (18/ 1)	425	100,2
11	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	326	92,3
12	Hüftendoprothesenve (HEP)	241	97,9

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
13	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	195	97,9
14	Hüftendoprothesenve Hüft- Endoprothesenwechs und - komponentenwechsel (HEP_WE)	55	96,4
15	Knieendoprothesenve (KEP)	106	96,2
16	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie- Schlittenprothesen (KEP_IMP)	77	96,1
17	Knieendoprothesenve : Knieendoprothe- senwechsel und -komponentenwechse (KEP_WE)	31	96,8
18	Neonatologie (NEO)	4	0
19	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	381	104,5

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

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

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

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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p>	
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>		
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 3,93 %</p>	
<p>BUNDESERGEBNIS</p>		
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,00 % (Toleranzbereich)</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,77 % - 0,9 %</p>	
<p>FALLZAHL</p>		
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>	
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>94</p>	
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>		
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>	
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>	
<p>2</p>	<p>Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt</p>	
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>51191</p>	
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</p>	
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjaheresultaten 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 % - 8,73 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich = 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 0,91 % - 1,03 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,42

Grundgesamtheit 94

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

3

Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden

Kennzahl-ID 52305

Leistungsbereich Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	95,79 % - 98,99 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	95,61 % - 95,76 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	331
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	338
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
4	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde	
	Kennzahl-ID	52311
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 3,93 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich = 3,00 % (Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 1,33 % - 1,5 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 94

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

5

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

Kennzahl-ID 54139

Leistungsbereich Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>94,16 % - 99,81 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>>= 90,00 % (Zielbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>92,56 % - 92,93 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>92</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>93</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>6</p>	<p>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem</p>
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>54140</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	96,03 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,19 % - 98,37 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	93
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	93

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

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

Kennzahl-ID	54141
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>96,03 % - 100 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>Nicht definiert</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>96,27 % - 96,54 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>93</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>93</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</p>	
<p>Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle</p>	<p>Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.</p>
<p>8</p>	<p>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Minderzahl der Fälle implantiert werden sollte</p>
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>54142</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 3,97 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>Nicht definiert</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,17 % - 0,24 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>93</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</p>	
<p>Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle</p>	<p>Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.</p>
<p>9</p>	<p>Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte</p>
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>54143</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Die Systemwahl bei Herzschrittacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 3,97 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 10,00 % (Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,58 % - 1,77 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>93</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>10 Komplikationen während oder aufgrund der Operation</p>	
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>1096</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 24,25 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich = 1,00 % (Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 0,06 % - 0,16 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 12

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

11 **Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts**

Kennzahl-ID 51398

Leistungsbereich Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		0 % - 24,25 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		Sentinel-Event
Vertrauensbereich		0,18 % - 0,33 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		12
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
12	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausfalls der Sonden	
Kennzahl-ID		52307
Leistungsbereich		Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	90,36 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

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

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	36
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	36

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
---------------------------------------	---------------

13

Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Kennzahl-ID	1089
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,57 % - 0,87 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
14 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	51404
Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: 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>= 5,63 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,86 % - 1,15 %</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>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>15</p>	<p>Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden</p>
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>52315</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> <p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,6 % - 1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
16 Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers	
Kennzahl-ID	50005
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleich-bedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>	
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>		
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>85,13 % - 100 %</p>	
<p>BUNDESERGEBNIS</p>		
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>>= 90,00 % (Zielbereich)</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>95,98 % - 96,45 %</p>	
<p>FALLZAHL</p>		
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>22</p>	
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>22</p>	
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>		
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>	
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>	
<p>17</p>	<p>Komplikationen während oder aufgrund der Operation</p>	
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>50017</p>	
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>	
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>	

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 14,87 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich = 2,00 % (Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 0,58 % - 0,79 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 22

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

18

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID 51186

Leistungsbereich Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 24,98 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 5,98 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,93 % - 1,25 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,13</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>22</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>
<p>19</p>	<p>Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden</p>
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>52316</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	91,54 % - 99,72 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,79 % - 96,05 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	62
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	63

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

20

Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde

Kennzahl-ID	52325
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 14,87 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,6 % - 0,81 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	22
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
21	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	50030
	Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,06 % - 0,18 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

22	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Kennzahl-ID	50031
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,13 % - 0,3 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
23	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden
Kennzahl-ID	52321
Leistungsbereich	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankensebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	75,75 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	98,29 % - 98,49 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	12

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
24 Schlaganfall oder Tod während der Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	11704
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,90 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,02 % - 1,19 %

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

25 **Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle**

Kennzahl-ID	11724
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle, bei denen ? Gehen nur mit Hilfe möglich ist und/oder eine komplette Aphasie vorliegt, ? die Patientin / der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder ? der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 2,25 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,95 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,06 % - 1,29 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,66
Grundgesamtheit	155
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

26	Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
Kennzahl-ID	51437
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,03 % - 98,9 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
27	Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden
Kennzahl-ID	51443
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,16 % - 99,77 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
28	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	51865
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle, bei denen ? Gehen nur mit Hilfe möglich ist und/oder eine komplette Aphasie vorliegt, ? die Patientin / der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder ? der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,26 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,2 %

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

29 Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
Kennzahl-ID	51873
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,82 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,89 % - 1,11 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
30	Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes
Kennzahl-ID	52240
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. In diesem Indikator werden neben periprozeduralen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin / des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	4,19 % - 10,38 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

31		Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit	
Kennzahl-ID		603	
Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES			
Vertrauensbereich		96,4 % - 100 %	
BUNDESERGEBNIS			
Bundesdurchschnitt		-1	
Referenzbereich		>= 95,00 % (Zielbereich)	
Vertrauensbereich		98,78 % - 99,12 %	
FALLZAHL			
Beobachtete Ereignisse		103	
Erwartete Ereignisse		-	
Grundgesamtheit		103	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN			
Ergebnis im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert	
32		Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden	
Kennzahl-ID		604	
Leistungsbereich		Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG		Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.	

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	91,8 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,71 % - 99,89 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	43
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	43
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

33	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	10211
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 20,00 %
	Vertrauensbereich	8,5 % - 9,4 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
34	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken
Kennzahl-ID	12874
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 6,11 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 5,00 %
Vertrauensbereich	1,09 % - 1,31 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	59
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

35	Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüsselochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	Kennzahl-ID	51906
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,6 % - 2,54 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 4,18
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1,09 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	5,64
	Grundgesamtheit	652

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
36	Blasenkatheter länger als 24 Stunden
Kennzahl-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den 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	0,59 % - 2,76 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 5,59 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,67 % - 2,87 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	470
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

37 Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren	
Kennzahl-ID	52535
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	15,45 % - 24,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
38 Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung	
Kennzahl-ID	612
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	77,31 % - 89,97 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 72,82 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	87,34 % - 87,98 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	105
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	124
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
39	Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten	
	Kennzahl-ID	1058
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 22,81 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,19 % - 0,39 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	13
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
41	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)
Kennzahl-ID	321
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlresultat unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,2 % - 0,23 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.
42	Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)
Kennzahl-ID	330
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>>= 95,00 %</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>96,79 % - 97,52 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>-</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG</p>	
<p>Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle</p>	<p>Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.</p>
<p>43</p>	<p>Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Kaiserschnittgeburten</p>
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>50045</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Geburtshilfe</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Ja</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	97,41 % - 99,8 %
-------------------	------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 %
Vertrauensbereich	98,99 % - 99,07 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	275
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	277

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

44

Schwergradiger Damriss bei Spontangeburt - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

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

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,73 % - 2,61 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,99 % - 1,04 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>9</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>6,48</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>490</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>45 Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</p>	
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>51397</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Geburtshilfe</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlresultat systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

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

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG

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

46 Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand

Kennzahl-ID	51803
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0,86 % - 3,08 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,32
	Vertrauensbereich	0,94 % - 0,99 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	9
	Erwartete Ereignisse	5,51
	Grundgesamtheit	767
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
47	Übersäuerung des Blutes bei Frühgeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	Kennzahl-ID	51831
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 31,49 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich = 5,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 0,9 % - 1,13 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,1

Grundgesamtheit 21

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

48

Kaiserschnittgeburten - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID 52249

Leistungsbereich Geburtshilfe

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,05 % - 1,27 %</p>
<p>BUNDESERGEBNIS</p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 1,25 (90. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,99 % - 0,99 %</p>
<p>FALLZAHL</p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>276</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>238,04</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>792</p>
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↻ unverändert</p>
<p>49</p>	<p>Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit einer Hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</p>
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>54029</p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 5,75 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich = 4,37 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 1,07 % - 1,24 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 63

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

50

Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet

Kennzahl-ID 54030

Leistungsbereich Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	11,25 % - 30,41 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,94 % - 16,53 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	63
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
51	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	54033
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,45 % - 1,66 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,35 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,06 % - 1,11 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	7,75
Grundgesamtheit	43
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
52	Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	54036
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 6,43 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,06 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,56
Grundgesamtheit	63
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
53	Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	54040
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 4,72 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 3,54 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,66 % - 0,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,77
Grundgesamtheit	63
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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

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

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

55 Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium	
Kennzahl-ID	2163
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 18,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,02 % - 0,16 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	17

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
56	Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage
Kennzahl-ID	51370
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 18,44 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5 % - 5,36 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
57	Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung
Kennzahl-ID	51846
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	95,63 % - 99,19 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,04 % - 97,28 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	258
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	263

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

58

Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten

Kennzahl-ID	51847
--------------------	--------------

Leistungsbereich	Operation an der Brust
------------------	------------------------

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
---	------

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	94,7 % - 99,83 %
-------------------	------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,83 % - 96,25 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	102
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	103
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert
59	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund
Kennzahl-ID	52268
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	8,39 % - 17,13 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	12,89 % - 13,41 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	26
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	215
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

60	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)	
	Kennzahl-ID	52279
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	84,54 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 %
	Vertrauensbereich	95,99 % - 96,47 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	21
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	21
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert
61	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)	
	Kennzahl-ID	52330
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	95,24 % - 99,85 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 %
	Vertrauensbereich	99,1 % - 99,35 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	114
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	115
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
62	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)	
	Kennzahl-ID	52010
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,06 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	18824
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

63	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
Kennzahl-ID	54001
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	95,82 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,56 % - 96,73 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	88
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	88
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

64	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	
	Kennzahl-ID	54002
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitäts-indikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	85,43 % - 97,62 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	92,56 % - 93,17 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	62
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	66
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
65	Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	Kennzahl-ID	54003
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	6,32 % - 18,81 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,34 % - 15,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	99
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
66	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Kennzahl-ID	54004
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	90,92 % - 97,39 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	94,9 % - 95,1 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	174
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	183
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

67 **Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus**

Kennzahl-ID	54010
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	93,84 % - 99,8 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,95 % - 98,08 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	87
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	88
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

68	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
	Kennzahl-ID	54012
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,43 % - 1,33 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	11
	Erwartete Ereignisse	14,29
	Grundgesamtheit	165
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

69 Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben	
Kennzahl-ID	54013
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthaltes zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
70	Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Kennzahl-ID	54015
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	8,27 % - 21,53 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	10,85 % - 11,37 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	103
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

71		Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen	
Kennzahl-ID	54016		
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile		
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein		
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.		
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES			
Ergebnis (Einheit)	—		
Vertrauensbereich	—		
BUNDESERGEBNIS			
Bundesdurchschnitt	-1		
Referenzbereich	= 6,03 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)		
Vertrauensbereich	1,56 % - 1,68 %		
FALLZAHL			
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)		
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)		
Grundgesamtheit	(Datenschutz)		
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN			
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich		
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert		
72		Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten	
Kennzahl-ID	54017		
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile		
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein		

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

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

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

73	Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
Kennzahl-ID	54018
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	2,7 % - 12,13 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 11,11 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,35 % - 4,69 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	103

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

74

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

Kennzahl-ID	54019
--------------------	--------------

Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
------------------	---

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
---	------

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

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

75	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten
Kennzahl-ID	54120
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	8,07 % - 24,66 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 29,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,39 % - 12,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	69

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
76	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
Kennzahl-ID	54020
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	94,17 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,56 % - 97,72 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	62
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	62
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
77	Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks
Kennzahl-ID	54021
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	70,09 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,65 % - 96,2 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	9
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	9
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
78	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	
	Kennzahl-ID	54022
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	75,87 % - 95,83 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 86,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	90,47 % - 91,28 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	34
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	38
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

79 **Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus**

Kennzahl-ID	54026
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	88,75 % - 98,61 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 80,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	92,29 % - 92,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	71
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	74

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

80 Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,22 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1 %

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
81	Spezifische Komplikationen beim geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
Kennzahl-ID	54124
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 4,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,14 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	S99 - Sonstiges: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Zielvereinbarung in Umsetzung

82	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile auftreten	
	Kennzahl-ID	54125
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 14,70 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	4,71 % - 5,33 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
83	Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben	
	Kennzahl-ID	54127
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 4,42 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich Sentinel-Event

Vertrauensbereich 0,03 % - 0,05 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 83

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

84

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

Kennzahl-ID 2005

Leistungsbereich Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	93,57 % - 97,51 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

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

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	382
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	398

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

85

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

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	93,42 % - 97,53 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

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

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	355
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	370

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.
86	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
Kennzahl-ID	2007
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	82,29 % - 99,37 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	27
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	28
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	N02 - Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.
87	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)
Kennzahl-ID	2009
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.</p>	
<p>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</p>		
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>90,5 % - 95,81 %</p>	
<p>BUNDESERGEBNIS</p>		
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>	
<p>Referenzbereich</p>	<p>>= 90,00 % (Zielbereich)</p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>95,18 % - 95,35 %</p>	
<p>FALLZAHL</p>		
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>310</p>	
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>-</p>	
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>331</p>	
<p>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</p>		
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p>R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich</p>	
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>↔ unverändert</p>	
<p>88</p>	<p>Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben</p>	
<p>Kennzahl-ID</p>	<p>2013</p>	
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung</p>	
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>	

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	89,3 % - 96,2 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

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

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	189
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	202

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

89

Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung

Kennzahl-ID	2028
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	95,69 % - 99,2 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,49 % - 95,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	262
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	267
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

90	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus	
	Kennzahl-ID	50722
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	94,21 % - 97,98 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	96,18 % - 96,32 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	365
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	378
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
91	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle
Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,45 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,05 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	51
Erwartete Ereignisse	45,29
Grundgesamtheit	398
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

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

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

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

	DMP
1	<p>Brustkrebs</p> <p><i>Seit vielen Jahren beteiligt sich das Brustzentrum Rhein-Kreis Neuss am Disease-Management-Programm (DMP) für Brustkrebs. Dieses Programm garantiert eine abgestimmte und kontinuierliche Betreuung der betroffenen Frauen gemeinsam mit den niedergelassenen Frauenärzten.</i></p>

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich:	Auf Basis der § 21-Daten aus rund 200 Krankenhäusern (inkl. Kooperationspartnern) werden rund 350 Qualitätsindikatoren ausgewertet (z. B. G-IQI, QKK, ausgewählte PSI).
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Krankenhauszweckverband Rheinland e. V. - German Inpatient Quality Indicators
Ergebnis:	Verwendung zur Qualitätssicherung
Messzeitraum:	Ganzjährig
Datenerhebung:	Einmal pro Quartal erhalten die Teilnehmer zudem eine Benchmark-Auswertung.
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	https://www.khzv.de/de/home/

Leistungsbereich:	Patient Safety Indicators (PSI) - German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) - Qualitätsindikatoren der externen vergleichenden Qualitätssicherung - QKK-Indikatoren - QSR-Indikatoren (WIdO)
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser - QKK
Ergebnis:	Verwendung zur Qualitätssicherung
Messzeitraum:	Ganzjährig
Datenerhebung:	Quartalsweise
Rechenregeln:	https://www.qkk-online.de/index.php?id=15
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	https://www.qkk-online.de

Leistungsbereich:	Radiologie - Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR)
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Dokumentation und Analyse von Indikation, Methodik und Ergebnissen interventioneller Prozeduren
Ergebnis:	Verwendung zur Qualitätssicherung
Messzeitraum:	Ganzjährig
Datenerhebung:	Ganzjährig
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	https://www.degir.de/de-DE/1138/startseite/

Leistungsbereich:	Qualitätssicherung BAA
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	DIGG (Deutsche Gesellschaft für Gefäßmedizinische Gesundheitsforschung gGmbH)
Ergebnis:	Verwendung zur Qualitätssicherung
Messzeitraum:	Ganzjährig
Datenerhebung:	Ganzjährig
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	http://baa.dgg-register.de

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

	LEISTUNGSBEREICH	MINDESTMENGE	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHRE)	AUSNAHMETATBEST
1	Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	78	
2	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	3	
3	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	29	

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

Strukturqualitätsvereinbarungen:

	VEREINBARUNG
1	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma

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):	81
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	60
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	60

* 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).