EVANGELISCHES
KRANKENHAUS
METTMANN

Strukturierter Qualitätsbericht 2016

gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort 1

Einleitung 2

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts 3

A-0 Fachabteilungen 3

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 4

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers 4

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 5

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie 5

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 5

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses 9

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit 10

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses 11

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus 11

A-10 Gesamtfallzahlen 12

A-11 Personal des Krankenhauses 12

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung 17

A-13 Besondere apparative Ausstattung 27

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen 28

B-[1] Innere Medizin 28

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 28

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 29

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 29

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 34

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD 34

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 38

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 41

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 42

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ... 42

B-[1].11 Personelle Ausstattung ... 42

B-[2] Orthopädie- und Unfallchirurgie ... 46

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 46

B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen ... 47

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 47

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 48

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 48

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 52

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 55

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 56

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ... 57

B-[2].11 Personelle Ausstattung ... 57

B-[3] Allgemein- und Viszeralchirurgie ... 61

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 61

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen ... 62

B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 62

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 63

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 63

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 67

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 70

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 72

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ... 72

B-[3].11 Personelle Ausstattung ... 72

B-[4] Frauenheilkunde und Geburtshilfe 75

B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 75

B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 76

B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 76

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 78

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD 78

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 82

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 85

B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 85

B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 86

B-[4].11 Personelle Ausstattung 86

B-[5] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 90

B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 90

B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 91

B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 91

B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 92

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD 92

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 96

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 98

B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 99

B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 99

B-[5].11 Personelle Ausstattung 99

C Qualitätssicherung 102

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V 102

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 175

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 175

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 175

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 176

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 177

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 177

Vorwort

Sehr geehrte Interessentin,
sehr geehrter Interessent,

wir freuen uns über Ihr Interesse am Qualitätsbericht 2016 der Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH.

Unser Krankenhaus wird seit dem 1. Juli 1990 als im Handelsregister des Amtsgerichtes Wuppertal unter HRB 13116 eingetragene Gesellschaft "Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH" betrieben; Gesellschafterin ist die Evangelische Kirchengemeinde Mettmann.

Die Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit Angeboten in den Fachbereichen Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie, Gynäkologie/ Geburtshilfe und HNO als Belegangebot und verfügt aufgrund einer Erhöhung der Planbetten seit dem Jahr 2016 über 245 statt bisher 237 Plan-Betten. Darüber hinaus wurden 5 neue Palliativbetten festgeschrieben. Dem Krankenhaus sind eine Krankenpflegeschule mit 75 Ausbildungsplätzen, eine Kurzzeitpflege mit 16 Pflegeplätzen, ein Gesundheitszentrum und seit dem 1. Januar 2010 ein Medizinisches Versorgungszentrum angegliedert. Die Medizinische Versorgungszentrum am Krankenhaus Mettmann GmbH wurde in 2016 um ein weiteres MVZ mit gynäkologischer Fachrichtung am Standort Wülfrath erweitert.
Wichtigstes Ziel für die Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH ist es, eine bedarfsgerechte stationäre und ambulante Versorgung der Bevölkerung durch ein flächendeckendes Versorgungssystem sicherzustellen, das leistungsfähig ist und eigenverantwortlich wirtschaftlich und mit hoher Qualität die Leistungen erbringt. In diesem Zusammenhang sind auch der stetige Ausbau unserer Kooperationen mit externen stationären und ambulanten Leistungserbringern zu nennen, die im Jahr 2016 um Kooperationen im Bereich der geriatrischen Versorgung, aber auch der Versorgung von dementiell erkrankten Patienten auf der Station Vitalis erweitert wurden.

Mit der Einführung und erfolgreichen Zertifizierung unseres Qualitätsmanagementsystems nach der weltweit anerkannten Qualitätsnorm ISO 9001 haben wir bereits seit 2011 ein krankenhausweit verbindliches Instrument zur nachhaltigen und ständigen Verbesserung der unternehmerischen Qualität im Ganzen sowie der Sicherheit und Zufriedenheit unserer Patienten im Besonderen etabliert. Diese erklärten Unternehmensziele wurden zuletzt in 2016 in einem mehrtägigen externen Überwachungsaudit durch die DQS (Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen mbH, Frankfurt) erfolgreich überprüft. Diese Rezertifizierung umfasste auch die Geltungsbereiche Darmzentrum und Kurzzeitpflege, die jeweils über ein eigenes ISO 9001-Auszugszertifikat verfügen. Mit der erneut erfolgreichen Auditierung im Jahr 2016 hat sich das EVK Mettmann auf die Zertifizierung nach neuer Norm (DIN EN ISO 9001:2015) im Jahr 2017 vorbereitet.

Die Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH hat sich darüber hinaus an zahlreichen Maßnahmen und Verfahren zur Bewertung der Qualitätsstandards

bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt. Im Rahmen dieser umfassenden Bewertungen konnte nachweislich belegt werden, dass wir in unseren Bemühungen um das Wohl unserer Patientinnen und Patienten sowie unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den richtigen Weg beschreiten. So belegen zum Beispiel durchgeführte Patientenbefragungen der Techniker Krankenkasse mit einer hohen Weiterempfehlungsquote dieses Ergebnis. Die kontinuierlich durchgeführten internen Patientenbefragungen kamen ebenfalls zu vergleichbaren Ergebnissen.
Ein wesentliches Qualitätsmerkmal ist die Patientensicherheit! Um potentiellen Fehlern von vornherein vorzubeugen, sind gezielte Maßnahmen des Risikomanagements zwingend erforderlich. Damit diese durchdringend greifen, ist es wichtig, diesen Blickwinkel in alle Krankenhausprozesse zu bringen. So arbeiten wir zum Beispiel seit März 2011 mit dem CIRSmedical-Berichtsystem des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ). CIRS steht für Critical Incident Reporting-System; ein bundesweit agierendes Frühwarnsystem mit dem Ziel, möglichen Fehlern im Krankenhaus präventiv zu begegnen. Unerwünschte Vorfälle, die ggf. sogar negative Auswirkungen auf unsere Patienten haben könnten, müssen im Vorfeld identifiziert und ausgeschlossen werden. Die generellen Entwicklungen im Risikomanagement verfolgen wir mit großem Interesse und bilden uns regelmäßig auch im Bereich der Patientensicherheit weiter. Unser Krankenhaus ist Mitglied im Aktionsbündnis für Patientensicherheit e.V. .

Ein weiterer Austausch mit Experten sichert zudem die Clinotel-Mitgliedschaft. Clinotel ist ein wachsender Krankenhausverbund mit derzeit 54 innovativen Krankenhäusern aus dem gesamten Bundesgebiet. Besonders dabei ist, dass jedes Mitgliedskrankenhaus seine rechtliche und organisatorische Eigenständigkeit behält. Ein wesentlicher Schwerpunkt wird bei der Zusammenarbeit auf die Qualitätssicherung gelegt, denn die ständige Verbesserung der medizinischen Qualität ist ein gemeinsames Ziel aller Verbundmitglieder.

Der Qualitätsbericht 2016 wurde entsprechend der Vereinbarung gem. § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt und Umfang eines Strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser erstellt, die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, dem Verband der Privaten Krankenversicherer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossen wurde. Die Vorgaben für die Berichtsteile A, B und C sind einheitlich für alle Krankenhäuser festgelegt und erfassen die wesentlichen Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses, die sich auf das Berichtsjahr 2016 beziehen.
An der Erstellung des Qualitätsberichts 2016 und der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements waren engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Krankenhauses beteiligt, denen wir an dieser Stelle für die vorbildlich geleistete Arbeit herzlich danken.
Für weitergehende Informationen besuchen Sie unsere Homepage im Internet www.evk-mettmann.de. Zur Beantwortung der einen oder anderen Frage stehen wir Ihnen auch gerne schriftlich oder nach Terminabsprache in einem persönlichen Gespräch zur Verfügung.

Mettmann, Oktober 2017
Dipl.-Oec. Bernd Huckels
Geschäftsführer

Einleitung

Foto: Martina Chardin

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Astrid Strathmann, Leitung Qualitäts- und Risikomanagement
Telefon:	02104 773 190
Fax:	
E-Mail:	a.strathmann@evk-mettmann.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Oec. Bernd Huckels, Geschäftsführer
Telefon:	02104 773 102
Fax:	02104 773 334
E-Mail:	gf@evk-mettmann.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	http://www.evk-mettmann.de
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	http://www.evk-mettmann.de/ueber-uns/qualitaet-und-sicherheit-im-krankenhaus/qualitaets-risikomanagement.html

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0100	Innere Medizin
2	Hauptabteilung	1500	Orthopädie- und Unfallchirurgie
3	Hauptabteilung	1500	Allgemein- und Viszeralchirurgie
4	Hauptabteilung	2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
5	Belegabteilung	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH
PLZ:	40822
Ort:	Mettmann
Straße:	Gartenstr.
Hausnummer:	4-8
IK-Nummer:	260511144
Standort-Nummer:	0
Krankenhaus-URL:	http://www.evk-mettmann.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Walter Linde, Ärztlicher Direktor
Telefon:	02104 773 161
Fax:	
E-Mail:	w.linde@evk-mettmann.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Dorothea Sandhäger, Pflegedirektorin
Telefon:	02104 773 120
Fax:	02104 773 122
E-Mail:	d.sandhaeger@evk-mettmann.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dipl.-Oec. Bernd Huckels, Geschäftsführer
Telefon:	02104 773 102
Fax:	02104 773 334
E-Mail:	gf@evk-mettmann.de

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Evangelisches Krankenhaus Mettmann GmbH
Träger-Art:	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

1	Universität Duisburg-Essen,Medizinische Fakultät,Universitätsstr. 2, 45122 Essen

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
1	Eigenblutspende *Nur in Form der interoperativen maschinellen Autotransfusion*
2	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
3	Ergotherapie/Arbeitstherapie
4	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
5	Massage *Angeboten werden u.a. klassische Massagen, Bindegewebsmassagen, reflektorische Massagen*
6	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie *Behandlung von Patienten mit Bewegungsstörungen, Lähmungen im peripheren und zentralen Nervensystem und rheumatische Erkrankungen, Versorgung von Patienten vor und nach Operationen. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät (KGG) , Medizinische Trainingstherapie*
7	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung *Stärkung der Muskulatur des Beckenbodens, um die Kontinenz zu erhalten oder wiederzuerlangen.*
8	Manuelle Lymphdrainage *Ist eine Form der Physikalischen Therapie. Sie dient als Ödem- und Entstauungstherapie ödematöser Körperregionen und wird überwiegend nach Operationen oder Traumata angewendet.*
9	Wundmanagement

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
	In einer zertifizierten Weiterbildung erwerben die Wundmanager die erforderlichen Kompetenzen, um Patienten mit chronischen Wunden sach- und fachgerecht individuell zu beraten und zu betreuen.
10	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege *Um eine bestmögliche Anschlussversorgung unserer Patienten zu gewährleisten arbeiten wir intensiv mit nachbetreuenden Institutionen zusammen, z.B. angegliederte Kurzzeitpflege, nachbetreuende Pflegeeinrichtungen, Reha Parcs Steinhof in Erkrath.*
11	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
	Erfolgt in allen Abteilungen des Krankenhauses in Form von Informationsveranstaltungen oder Einzelberatungen, z.B. Ernährungs- und Diätberatung, Anleitung und Beratung bei der Übernahme von Pflege, Wundversorgung und Stomaberatung.
12	Stomatherapie/-beratung *Die Patienten, die aus unterschiedlichen Gründen einen künstlichen Darmausgang haben, werden durch Experten professionell beraten und versorgt.*
13	Sozialdienst
	Der Krankenhausaufenthalt kann krankheitsbedingte persönliche oder berufliche Probleme mit sich bringen, die mit Hilfe unseres Sozialdienstes besser bewältigt werden können (z.B.:Organisation von Hilfsmitteln, Hilfe bei der Heimplatzsuche etc.).
14	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit *Werden durch das Institut für Gesundheitsförderung zu unterschiedlichen Themen organisiert (z.B. :Tag der offenen Tür; Herzwoche).*
15	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
	Die Pflegefachkräfte der Stationen und die Mitarbeiter des Sozialen Dienstes übernehmen für die Patienten die Organisation der benötigten Hilfsmittel.
16	Wärme- und Kälteanwendungen *Wird zur Schmerzbekämpfung und Entspannung durchgeführt.*
17	Diät- und Ernährungsberatung
	Die Patienten bekommen Antworten auf allgemeine Ernährungsfragen sowie spezielle diätetische Fragestellungen, die mit besonderen Balastungen zusammenhängen. Hierzu gehört u.a. die Ernährungsberatung zu Übergewicht, Arteriosklerose, Gallensteinleiden, Diabetes.
18	Sporttherapie/Bewegungstherapie *Durch intensive Betreuung und Anleitung üben die Mitarbeiter des Therapiezentrums mit den Patienten im Bewegungsbad und in der medizinischen Trainingstherapie gesundheitsfördernde Übungen ein. Ziel ist es, die Beweglichkeit im Alltag zu erhalten oder zu steigern.*
19	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
	Zwillingselterninitiative, Eltern-Kind-Cafe
20	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie *Im Rahmen der Interdiziplinären Schlaganfalleinheit werden Stimm- und Sprachtherapien durch Logopäden durchgeführt*
21	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
	Pflegenden Angehörigen werden während des Krankenhausaufenthaltes Beratung und praktische Hilfe in Form von Pflegetrainings angeboten. Diese Trainings sind auf die individuelle Situation abgestimmt und qualifizieren sie für die Ausübung spezifischer Pflegeverrichtungen.

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
22	Atemgymnastik/-therapie *Zur Verbesserung der Atemfunktion und zum Erreichen der Aktivitäten des täglichen Lebens.*
23	Basale Stimulation *Wird durch speziell ausgebildetes Personal im stationären Bereich durchgeführt.*
24	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden *Der"Raum der Ruhe" ist ein Zimmer, welches dem Patienten und seinen Angehörigen zur Verfügung gestellt wird, um die letzten Stunden in Ruhe miteinander verbringen und sich voneinander verabschieden zu können. Die enge Zusammenarbeit mit einem vor Ort ansässigen Hospizdienst wird angeboten.*
25	Bewegungsbad/Wassergymnastik *Wasser bietet im Rehabiltitations-, Präventions- und Fitnesssport hervorragende und vielseitige Trainingsmöglichkeiten. Wassersport ist bekannt für effektives, schonendes, abwechslungsreiches und freudvolles Gesundheitstraining. Gelenkkbelastungen werden durch den Auftrieb im Wasser reduziert.*
26	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) *Ist ein rehabilitativer Ansatz in Therapie und Pflege von Patienten mit Schädiungen des Gehirns und kommt bei der Nachbehandlung von Schlaganfallpatienten in Form einer neurologischen Krankengymnastik zum Tragen.*
27	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege *Enge Zusammenarbeit bei der Überleitungspflege mit umliegenden Institutionen.*
28	Fußreflexzonenmassage *Die Fußreflexzonentherapie ist eine Massageform, bei der durch Reizung von Nervenpunkten am Fuß eine Wirkung im gesamten Organismus erzielt werden kann. Die Massage ist wohltuend und entspannend und wird unter anderem bei Kopfschmerzen, Rückenverspannungen und Verdauungsbeschwerden angewandt.*
29	Medizinische Fußpflege *Wird über die Mitarbeiter der Stationen angefordert und von speziell ausgebildeten Fachkräften durchgeführt.*
30	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen *In persönlichen Gesprächen werden die Patienten durch unsere Diätassistentin individuell geschult.*
31	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot *Wir verfügen über speziell ausgebildete Stoma- und Wundtherapeuten. Darüber hinaus sind auf allen Stationen Mitarbeiter zur Diabetes versierten Pflegekraft fortgebildet.*
32	Spezielle Entspannungstherapie *Gesundheit ist charakterisiert durch körperliches und seelisches Wohlbefinden. Im Alltag überwiegen häufig die körperlichen und psychischen Belastungen (z.B.: Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung).*
33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse *Präventives Herz-Kreislauftraining im Wasser (Fit über 60, Übergewichtige); Nordic Walking*
34	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik *Rückenschmerzen entstehen häufig durch muskuläre Dysbalancen und ein geringes Kräfteniveau. Die Folgen sind u.a. Rund- und Hohlrücken, Hängeschultern. Das Rücken- und Haltungstraining stellt die gezielte Kräftigung der Haltungsmuskulatur in den Mittelpunkt.*

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
35	Pädagogisches Leistungsangebot
	Prager Eltern-Kind-Kurse; Schulungskonzept für Übergewichtige/adipöse Kinder und Jugendliche; Erziehungsführerschein nach STEP; Konzentration und Entspannung für Kinder von 8-12 Jahren; Nichtrauchertraining.
36	Physikalische Therapie/Bädertherapie
	In Form von Wärmebehandlungen, Kältebehandlungen und Elektrobehandlungen
37	Säuglingspflegekurse
	Praktische Säuglingspflege, Brüderchen- und Schwesterchen-Kurs
38	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
	ab 6. Lebenswoche
39	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
	Eltern-Kind-Cafe, diverse Kurse über das Institut für Gesundheitsförderung
40	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen
	diverse Kurse über das Institut für Gesundheitsförderung
41	Stillberatung
	Stillambulanz
42	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
	Während des stationären Aufenthaltes unmittelbar nach der Geburt, Rückbildungsgymnastik ambulant - Beginn: ab sechs Wochen nach der Entbindung
43	Audiometrie/Hördiagnostik
	Neugeborenen-Hörtests (TEOAE und AABR)
44	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
	Yoga in der Schwangerschaft, Aqua-Fitness für Schwangere, Schwangerschaftsgymnastik, psychosomatische Geburtsvorbereitung, praktische Säuglingspflege/ Leben mit dem Neugeborenen, Brüderchen- und Schwesterchen-Kurs
45	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
	unter der Geburt
46	Schmerztherapie/-management
	Die Fachabteilungen des Krankenhauses haben in einer Rahmenvereinbarung Maßnahmen zur Vermeidung von Schmerzen, zum frühzeitigen Erkennen von Schmerzen und zur schnellen und wirksamen Behandlung von Schmerzen verbindlich festgelegt und umgesetzt.
47	Akupunktur
	geburtsvorbereitend und unter der Geburt zur Schmerzreduktion
48	Aromapflege/-therapie
	unter der Geburt
49	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
	Speziell zertifizierte Physiotherapeuten im Rahmen der neurophysiologischen Behandlung
50	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
	Manuelle Therapie nach Cyriax, nach Kaltenborn-Evjenth und Mulligan-Konzept

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Andachtsraum
2	Hotelleistungen *Im Rahmen des Erweiterungsbaus auf der neuen Wahlleistungsstation*
3	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle *Wahlleistungszimmer und im Erweiterungsbau auch für den Regelleistungsbereich*
4	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) *Nach Vereinbarung im gesamten Haus möglich*
5	Rooming-in *Wir favorisieren das ungestörte Zusammensein von Mutter und Kind in einem Zimmer. Es ist die ideale Bedingung zum Anbahnen der Stillbeziehung und damit die beste Prophylaxe gegen die Entstehung von Stillproblemen.*
6	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle *Wahlleistungszimmer*
7	Mutter-Kind-Zimmer *Nach Absprache in allen Fachabteilungen möglich, wird vor allem in der Geburtshilfe aktiv unterstützt.*
8	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum *Besucherecken auf den Stationen und im Eingangsbereich*
9	Seelsorge *Die evangelische Seelsorgerin und der katholische Seelsorger besuchen regelmäßig alle Stationen und sind jederzeit Ansprechpartner für die Patienten und deren Angehörigen.*
10	Telefon am Bett *Kosten pro Tag: 0,9 €* *Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,2 €* *Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €* *steht jedem Patienten zur Verfügung*
11	Internetanschluss am Bett/im Zimmer *Kosten pro Tag: 3,5 €* *Auf der Wahlleistungsstation kostenfrei*
12	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer *Kosten pro Tag: 1,9 €* *In allen Patientenzimmern*
13	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen

	LEISTUNGSANGEBOT
	Organisiert über das Institut für Gesundheitsförderung zu unterschiedlichen Themen z.B. für die Bereiche Medizin, Gesundheit, Ernährnug, Entspannung
14	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer *Wahlleistungszimmer und im Erweiterungsbau auch für den Regelleistungsbereich*
15	Rundfunkempfang am Bett
	Kosten pro Tag: 0 €
	An allen Bettplätzen
16	Schwimmbad/Bewegungsbad *Für Therapie und Fitness*
17	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen
	Max. Kosten pro Stunde: 1 € Max. Kosten pro Tag: 9 €
	Öffnungszeiten:Montag-Sonntag Einfahrt möglich: 06.00 Uhr - 21:30 UhrGeschlossen: 21.30 Uhr - 06:00 Uhr (Ausfahrt jederzeit möglich)Gebühr bei Ticketverlust: 15,00 Eur,"Storchenparkplatz" kostenfrei
18	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen *Patientenbegleit-Service, Rollstuhl-Service, allgemeine Auskünfte für Patienten und Besucher, Information über die Leistungen und besonderen Komfortleistungen des Krankenhauses, Taxi-Rufdienst*
19	Zwei-Bett-Zimmer
	Durch den in 2013 fertiggestellten Erweiterungsbau auch im übrigen Haus Zwei-Bett-Belegung möglich
20	Abschiedsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
2	BF06 - Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. *Wahlleistungsbereich, Gynäkologie/Neugeborenenstation*
3	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
4	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
5	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
	Folgende Sprachkenntnisse werden durch Mitarbeiter des Hauses abgedeckt. Englisch, polnisch, russisch, türkisch, italienisch, rumänisch u.a.
6	BF02 - Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung
7	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
8	BF24 - Diätetische Angebote

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
9	BF13 - Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE
	z. B. im Rahmen des Schmerzmanagement (B.E.S.D.) und Patientenaufklärung
10	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
	im Rahmen der Speziellen Schlaganfalleinheit (z. B. Bopath)
11	BF05 - Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
	Personelle Unterstützung während des Klinikaufenthaltes
12	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
13	BF25 - Dolmetscherdienst
14	BF32 - Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden
	In unserer Krankenhauskapelle sind Sie täglich willkommen um zur Ruhe zu finden, im Stillen zu Verweilen, zum Gebet oder zur Fürbitte. Evangelischer Gottesdienst jeden Samstag um 17:45 Uhr. Katholische Heilige Messe jeden dritten Sonntag im Monat um 10:00 Uhr.

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

	AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN
1	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

	AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN
1	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
	Als Kooperationspartner übernehmen wir die praktische Ausbildung eines Operationstechnischen Assistenten/ in in unserem Haus. Die Auszubildenden werden innerhalb von drei Jahren intensiv auf die vielfältigen Aufgaben im Operationsdienst vorbereitet.
2	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
	In unserer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule stehen 75 Ausbildungsplätze zur Verfügung. Jährlich absolvieren 25 Auszubildende die Prüfungen. Bei den Dozenten handelt es sich um LehrerInnen für Pflege, speziell fortgebildete Pflegekräfte, Ärzte und andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten:	245

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	10742
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	17941

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	58,88		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*42*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	58,88	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	15,05	**Stationär:**	43,83

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	32,48			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	32,48	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	7,71	**Stationär:**	24,77

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	2

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt:	9,32			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	9,32	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,87	**Stationär:**	7,45

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND				
Gesamt:	7,08			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	7,08	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,14	**Stationär:**	5,94

A-11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
38,5

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	131,3			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	128,31	**Ohne:**	2,99
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	131,3

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	6,43			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,43	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	6,43

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	2,17			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,17	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	2,17

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	1,39			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,39	**Ohne:**	0

Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	1,39

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	3,84			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	3,08	**Ohne:**	0,76
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	3,84

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	6,54			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,54	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	6,54

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	4,7			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	4,7	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	4,7

BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES	
Anzahl in Personen:	0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	2,73			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,73	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	2,73

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	8,31			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	8,31	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	8,31

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

DIÄTASSISTENT UND DIÄTASSISTENTIN				
Gesamt:	1,29			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,29	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	1,29

ERGOTHERAPEUT UND ERGOTHERAPEUTIN				
Gesamt:	1			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	1

LOGOPÄDE UND LOGOPÄDIN/ KLINISCHER LINGUIST UND KLINISCHE LINGUISTIN/SPRECHWISSENSCHAFTLER UND SPRECHWISSENSCHAFTLERIN/PHONETIKER UND PHONETIKERIN				
Gesamt:	1			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	1

MASSEUR/MEDIZINISCHER BADEMEISTER UND MASSEURIN/MEDIZINISCHE BADEMEISTERIN				
Gesamt:	2			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	2

MEDIZINISCH-TECHNISCHER LABORATORIUMSASSISTENT UND MEDIZINISCH-TECHNISCHE LABORATORIUMSASSISTENTIN (MTLA)				
Gesamt:	5,75			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	5,75	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,15	**Stationär:**	4,6

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

Gesamt:	4,99			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	4,99	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1	**Stationär:**	3,99

ORTHOPÄDIEMECHANIKER UND BANDAGIST UND ORTHOPÄDIEMECHANIKERIN UND BANDAGISTIN/ORTHOPÄDIESCHUHMACHER UND ORTHOPÄDIESCHUHMACHERIN

Gesamt:	1			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	1

PHYSIOTHERAPEUT UND PHYSIOTHERAPEUTIN

Gesamt:	6,81			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,81	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	2,04	**Stationär:**	4,77

SOZIALPÄDAGOGE UND SOZIALPÄDAGOGIN

Gesamt:	0,78			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,78	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,78

PERSONAL MIT WEITERBILDUNG ZUM DIABETESBERATER/ ZUR DIABETESBERATERIN

Gesamt:	0,53			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,53	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,53

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION NACH BOBATH ODER VOJTA

Gesamt:	3,36			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	3,36	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	2,24	**Stationär:**	1,12

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IN DER MANUALTHERAPIE				
Gesamt:	5,78			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	5,78	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	3,85	**Stationär:**	1,93

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IM WUNDMANAGEMENT				
Gesamt:	2			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,6	**Stationär:**	1,4

NOTFALLSANITÄTERINNEN UND -SANITÄTER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE)				
Gesamt:	3			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	3	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,6	**Stationär:**	2,4

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Astrid Strathmann, Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon:	02104 773 190
Fax:	
E-Mail:	a.strathmann@evk-mettmann.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Im Rahmen der Steuerungsgruppe bestehend aus Geschäftsführung, Ärztlicher Direktor, Pflegedirektion, Vertreter der Chefärzte, Unternehmensentwicklung, Mitarbeitervertretung, Leitung der Bereiche Finanz- und Rechnungswesen, Qualitäts- und Risikomanagement, Personalwesen
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:	Dr. med. Walter Linde, Ärztlicher Direktor
Telefon:	02104 773 0
Fax:	02104 773 355
E-Mail:	w.linde@evk-mettmann.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Im Rahmen der Steuerungsgruppe bestehend aus Geschäftsführung, Ärztlicher Direktor, Pflegedirektion, Vertreter der Chefärzte, Unternehmensentwicklung, Mitarbeitervertretung, Leitung der Bereiche Finanz- und Rechnungswesen, Qualitäts- und Risikomanagement, Personalwesen
Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dokumentenmanagementsystem roXtra: QM-Handbuch "Aufbau- und Ablauforganisation (QM-System" über Verlinkungen mit den nachfolgend genannten SOPs verknüpft) *Letzte Aktualisierung: 14.06.2017*
2	Sturzprophylaxe *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*
3	Klinisches Notfallmanagement *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*
4	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
5	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*
6	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*
7	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
8	Mitarbeiterbefragungen
9	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
10	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*
11	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*
12	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*
13	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*
14	Entlassungsmanagement *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*
15	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*
16	Schmerzmanagement *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*
17	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
18	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde *Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)*

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

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
	Letzte Aktualisierung: 02.04.2015
2	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
	Intervall: bei Bedarf
3	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
	Intervall: bei Bedarf

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	andere Frequenz
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Erstellung neuer Standards und Empfehlungen zur Patientensicherheit, hier: Vermeidung von Medikamentenverwechslung

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Über das CIRSmedical des Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (gemeinsames Institut von BÄK und KBV)

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Ja

Genutzte Systeme:

	BEZEICHNUNG
1	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung): EF00
2	CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung): EF00

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1[1)]
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	4
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	0

[1)] *Externe Beratung*

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Dr. Walter Linde, Ärztlicher Direktor
Telefon:	02104 773 0
Fax:	02104 773 355
E-Mail:	

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

Auswahl:	Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl:	Ja

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

Auswahl:	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl:	Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl:	Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl:	Ja

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

Auswahl:	Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl:	Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl:	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben:	Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch (Einheit: ml/Patiententag):

... auf allen Intensivstationen:	81
... auf allen Allgemeinstationen:	26

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl:	Ja

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
2	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
3	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH)
	Details: Zertifikat Bronze
4	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
5	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen
	Name: MRE-KOMET

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

☑	CDAD-KISS
☑	HAND-KISS
☐	AMBU-KISS
☑	ITS-KISS
☑	OP-KISS
☐	MRSA-KISS
☐	NEO-KISS
☐	ONKO-KISS
☐	STATIONS-KISS
☐	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden *Patientendaten werden per se vertraulich behandelt. Der Patientenmeinungsbogen bietet die Möglichkeit, etwaige Unzufriedenheiten anonym mitzuteilen.*	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen *Zwischen den Chefärzten und den niedergelassenen Ärzten/ Ärztinnen finden themenspezifische Gespräche statt.*	Nein

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Ann-Catrin Walde, Assistenz der Geschäftsführung
Telefon:	02104 773 103
Fax:	02104 773 334
E-Mail:	a.walde@evk-mettmann.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Christa Schultz, Patientinfürsprecherin
Telefon:	02104 742 42
Fax:	
E-Mail:	christa-schultz-me@t-online.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
	Verfügbarkeit besteht in Zusammenarbeit mit niedergelassenem Neurologen (Praxiszeiten)		
2	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
	in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen		
3	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
	im Rahmen der Spezialsprechstunde		
4	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	
	in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen/ nuklearmedizinischer Praxis		
5	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
	in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen sowie teleradiologische Unterstützung durch die Radiologie Helios Klinikum Wuppertal		
6	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein
	Verfügbarkeit besteht in Zusammenarbeit mit niedergelassenem Neurologen (Praxiszeiten)		

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
7	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
	Der Intensivstation steht ein Hämo/-dialyse Filtrationsgerät zur Therapie des akuten Nierenversagens zur Verfügung. Der Einsatz weiterer Dialysegeräte ist durch Kooperation mit benachbarter Dialysepraxis möglich.		
8	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung		Ja
	6 spezielle Beatmungsgeräte zur modernen Beatmungstherapie stehen zur Verfügung.		
9	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja
10	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Nein
	in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen		
11	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
12	offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph		Nein
	in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen		
13	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	
	Organisation über urologische Praxis vor Ort		
14	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Nein
	eigener Eingriffsraum		

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Innere Medizin

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Innere Medizin
Straße:	Gartenstraße
Hausnummer:	4-8

PLZ:	40822
Ort:	Mettmann
URL:	http://www.evk-mettmann.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0100) Innere Medizin

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

Name/Funktion:	Dr. med. Andreas Brauksiepe, Chefarzt Innere Medizin/ Gastroenterologie/ Palliativmedizin
Telefon:	02104 773 150
Fax:	02104 773 159
E-Mail:	a.brauksiepe@evk-mettmann.de

Name/Funktion:	Dr. med. Lothar Scheuble, Chefarzt Innere Medizin/ Kardiologie/ Intensivmedizin
Telefon:	02104 773 152
Fax:	02104 773 159
E-Mail:	l.scheuble@evk-mettmann.de

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Christian Berg, Chefarzt Innere Medizin/ Angiologie/ Diabetologie/ Endokrinologie
Telefon:	02104 773 153
Fax:	02104 773 159
E-Mail:	c.berg@evk-mettmann.de

B-[1].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Gartenstraße 4-8
PLZ/Ort:	40822 Mettmann
URL:	http://www.evk-mettmann.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	Die erforderlichen Laboruntersuchungen werden in einem hochmodernen, dem Krankenhaus zugehörigen Labor durchgeführt. Notwendige Untersuchungen des Knochemarkes werden hier untersucht und zur Referenz an hämatologische Abteilungen zweier Universitätskliniken versandt.
2	Spezialsprechstunde
	Alle drei Chefärzte haben zugeordnet zu ihren Fachbezeichnungen entsprechende Ambulanzen, die nach Terminvergabe in der Anmeldung des Sekretariates aufgesucht werden können.
3	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	In enger Zusammenarbeit und Absprache mit den Nephrologen des angegliederten nephrologischen Zentrums werden neben den erforderlichen Laboruntersuchungen im Haus die erforderliche Ultraschalldiagnostik und Nierenbiopsie durchgeführt. Gängige Nierenersatzverfahren stehen zur Verfügung.
4	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
5	Native Sonographie
	Für die Ultraschalluntersuchungen unterschiedlicher Organsysteme stehen zwei High-End Geräte mit insgesamt sechs Schallköpfen zur Verfügung, mit denen über die Routineuntersuchungen hinaus spezielle differenzierendere Techniken eingesetzt werden können.
6	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
	Vollständige Diagnostik in Kooperation mit Neurologen (Konsildienst und HELIOS-Kliniken Wuppertal, Radiologisches Zentrum Mettmann). Entscheidung zur Therapie nach Konferenz mit Gefäßchirurgen und interventionell tätigen Neuro-Radiologen
7	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	Zur Diagnostik und Therapie der Hypertonie stehen neben einem hochmoderen Labor mit nahezu allen erforderlichen Bestimmungsverfahren und Ultraschallgeräte der High-End-Klasse zur Verfügung.
8	Lymphographie
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
	Krankheitsbilder wie Aussaat bösartiger Prozesse im Bauchfellbereich (Peritonealkarzinose), chronische Ausschwitzungen von Flüssigkeiten über das Bauchfell (Aszites bei Leberzirrhose), Drainagetherapie
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	Neben den üblichen funktionellen Tests der Organfunktionen an Hand von Laboruntersuchungen stehen für die bildgebende Ultraschall-Diagnostik neben einem moderenen High-End Sonographiegerät eine Endosonographie zur Verfügung.
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
	Nach entsprechender Diagnostik mittels Ultraschall und Röntgenverfahren werden die interventionell behandelbaren Erkrankungen in unserem Haus behandelt, bei operativ erforderlichen Behandlungen die Patienten nach Absprache in die Gefäßchirurgie des Augusta KH in Ddorf. od. Bethesda KH Wtal. verlegt.
12	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
	Neben den erforderlichen Laboruntersuchungen mit Blutuntersuchungen können die üblichen Belastungstests durchgeführt werden. Falls erforderlich werden notwendige Feinnadelpunktionen (z. B. Schilddrüse) durchgeführt und histologisch aufgearbeitet.
13	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	Besonderer Interessensschwerpunkt unserer Kardiologen ist die Diagnostik und Therapie der Herzschwäche (Herzinsuffizienz) der speziellen Herzmuskelerkrankungen (Kardiomyopathien) und des Hochdruckherzens (hypertensive Herzerkrankung).
14	Arteriographie
15	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
	In Kooperation mit der dem Krankenhaus angegliederten HNO- Praxis stehen alle zur Diagnostik und Therapie erforderlichen Verfahren zur Verfügung.
16	Konventionelle Röntgenaufnahmen
	Sämtliche konventionellen Röntgenaufnahmen können an drei modernen Röntgenanlagen druchgeführt werden.
17	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
	Nach entsprechender umfassender Ultraschalldiagnostik (Carotis- Duplex incl. Power Doppler oder Angio- mode, transkranieller Doppler) werden die weiteren bildgebenden Verfahren mittels Angio-CT oder Angio-MRT in der angegliederten Praxis für Radiologische Diagnostik durchgeführt.
18	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	In enger Zusammenarbeit mit der Chirurgie unseres Hauses (Viszeralchirurgie Dr. Knaust) werden alle Verfahren eingesetzt
19	Intensivmedizin
	Auf der interdisziplinären Intensivstation mit insgesamt 8 Betten stehen der Inneren Abteilung 4 Betten laut Krankenhausplan zur Verfügung.
20	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	Für Funktionsuntersuchungen der Lunge steht ein modernes Spirometriegerät zur Verfügung mit dem, neben Ruheuntersuchungen, Provokationstests durchgeführt werden. In der bildgebenden Diagnostik stehen zwei hochauflösende Videoendoskope zur Verfügung.
21	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	Hierzu stehen unseren Kardiologen 2 High-End-Echokardiographiegeräte sowie ein Einschwemmkathetermessplatz zur Verfügung. Weitere Verfahren wie Rechts-Linksherzkatheter oder Kardio-MRT können im Rahmen der Kooperation mit dem Helios-Herzzentrum Wuppertal von unseren Kardiologen durchgeführt werden.
22	Interventionelle Radiologie
23	Schrittmachereingriffe
	Ein- und Zweikammersysteme werden nach Indikationsstellung durch unsere Kardiologen in Zusammenarbeit mit der chirurgischen Abteilung unseres Hauses implantiert. Ebenso sind jederzeit Aggregatwechsel und Sondenrevisionen möglich.
24	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
	Durchführung von Oesophagus-Funktionsuntersuchungen, Magen-Darmpassage, Kolon-Kontrasteinlauf, Hinten-Test (Messung der Passagezeit
25	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
	Radiologie, Labor, Punktionen, Abstriche, entsprechende Therapie

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
26	Eindimensionale Dopplersonographie *Zur Gefäßdiagnostik steht ein Dopplersonographiegerät mit zwei Stiftsonden für die unterschiedliche Tiefenausdehnung und Erfassung zur Verfügung.*
27	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen *in der Versorgung unserer Patienten im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit*
28	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren *Durchführung von Oesophagus- Funktionsuntersuchungen, Magen- Darm passage, Kolon-Kontrasteinlauf, Hinten- Test (Messung der Passagezeit).*
29	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) *Hierzu steht ein moderner Video-Endoskopiepark zur Verfügung. Es können neben den üblichen Routineendoskopen für die Magenspiegelung und Dickdarmspiegelung spezielle Geräte eingesetzt werden.*
30	Schwindeldiagnostik/-therapie *In Kooperation mit der dem Krankenhaus angegliederten HNO- und neurologischen Praxis stehen alle üblichen Verfahren zur Schwindelabklärung und -therapie zur Verfügung.*
31	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura *Nach sonographischer und radiologischer Diagnostik werden diagnostische und entlastende Punktionen durchgeführt.*
32	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten *In unserem Haus stehen moderne Echokardiographie- Geräte (High-End-Geräte) zur nicht invasiven Ischaemiediagnostik (Stress-Echokardiographie) zur Verfügung. Ergänzend oder alternativ werden Szintigraphien+ MRT des Herzens in der dem Krankenhaus angegliederten radiologischen Praxis durchgeführt.*
33	Interdisziplinäre Tumornachsorge *In Kooperation mit der dem Krankenhaus angegliederten Praxen stehen alle zur Diagnostik und Therapie erforderlichen Verfahren zur Verfügung.*
34	Sonographie mit Kontrastmittel *Beide High-End-Geräte können zur Kontrastmittelsonographie eingesetzt werden, sowohl im arteriellen als auch venösen Bereich.*
35	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) *Vorfelddiagnostik und ggf. Weiterletung in die Universitätsklinik Düsseldorf*
36	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten *Nach entsprechender Diagnostik mittels Ultraschall und Röntgenverfahren werden die geringfügigen konservativ behandelbaren Erkrankungen in unserem Haus behandelt, bei operativ erforderlichen Behandlungen werden die Patienten nach Absprache in die Gefäßchirurgie der HELIOS Kliniken Wuppertal verlegt.*
37	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen *Vorfelddiagnostik: Röntgen, Labor, Sonograpahie, Endoskopien und Punktionen mit den entsprechenden Probenanalysen (untersucht an der Universität Düsseldorf); anschliessende Besprechung in der interdisziplinären onkologischen Konferenz zur Klärung des weiteren therapeutischen Vorgehens.*
38	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
39	Duplexsonographie
	Die bereits beschriebenen High-End Geräte verfügen neben der Standard-Duplexsonographie über spezielle Doppler- Möglichkeiten (Power mode, Angio mode).
40	Phlebographie
	Durchführung an einer speziellen digitalen Röntgeneinrichtung.
41	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
	Umfassende und vollständige Abklärung (in Absprache mit dem Nephrologischen Zentrum Mettmann).
42	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	Nach der entsprechenden kardiologischen Vordiagnostik können kleinere Untersuchungen wie SKEZ und AV-Zeiten im Haus untersucht werden. Komplexere HR werden in enger Absprache mit dem HELIOS-HZ in Wuppertal zeitnah dort im elektrophysiologischen Labor untersucht und behandelt.
43	Endoskopie
	Komplett ausgestattete Endoskopie mit 3 Arbeitsplätzen, HD-Geräten einschließlich NBI, optomagnetisches Visualisierungssystem (Scope Guide) Chromoendoskopie, Zoomgerät sowie Stenose- und Therapiegeräte, Endosonographie einschließlich Punktion, therapeutisches ERCP, ph-Metrie und Kapselendoskopie.
44	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
	Ambulante und stationäre Betreuung im Rahmen des zertifizierten Darmzentrums.
45	Diagnostik und Therapie von Allergien
	Allergologische stationäre Hyposensiblisierungstherapie bei Bienen- und Wespenstichallergie in Zusammenarbeit mit der HNO-Praxis auch Diagnostik von Sprue, Fructose-, Lactoseintoleranz sowie Nahrungsmittelunverträglichkeiten in ausgesuchten Fällen.
46	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
	In der intensivmedizinischen Versorgung stehen die üblichen Therapieverfahren zur Verfügung.
47	Palliativmedizin
	Nach Definition der WHO und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ist Palliativmedizin die "aktive ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten (voranschreitenden), weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung.
48	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
	Nach entsprechender Diagnostik mittels Ultraschall und Röntgenverfahren werden die geringfügigen konservativ behandelbaren Erkrankungen in unserem Haus behandelt; bei operativ erforderlichen Behandlungen werden die Patienten nach Absprache in die Gefäßchirurgie der HELIOS-Kliniken Wuppertal verlegt.
49	Defibrillatoreingriffe
	Nach Indikationsstellung durch unsere Kardiologen werden Defibrillatoreingriffe in dem mit uns kooperierenden Herzzentrum Wuppertal durchgeführt. Hierzu gehören die klassischen Defibrillatoren als auch Geräte mit zusätzlichen Optionen zur Verbesserung der Herzfunktion.
50	Interdisziplinäre Schlaganfalleinheit
	in Kooperation mit niedergelassenen Neurologen und unter Nutzung telemedizinischer Verfahren werden die Patienten mit akuten Schlaganfall auf einer speziellen 2 Betten umfassenden Überwachungsstation versorgt.
51	Endosonographie

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
	Zur Diagnostik von Organveränderungen im Magen-Darmtrakt und der Kardiologie stehen insgesamt drei High- End- Ultraschallgeräte mit speziellen Endosonographie-Sonden zur Verfügung, wovon eine Sonde auch zur Probenentnahme in der Lage ist.
52	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen *Es besteht eine enge Koopertation mit der rheumatologischen Klinik des Evangelischen Fachkrankenhauses Ratingen.*
53	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
	In Kooperation mit der dem Krankenhaus angegliederten HNO- und neurologischen Praxis stehen alle üblichen Verfahren zur Diagnostik und Therapie der Nasennebenhöhlenerkrankungen zur Verfügung.
54	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen *Nach entsprechender Diagnostik mittels Ultraschall und Röntgenverfahren werden die geringfügigen konservativ behandelbaren Erkrankungen in unserem Haus behandelt, bei operativ erforderlichen Behandlungen die Patienten nach Absprache in die Gefäßchirurgie der HELIOS Kliniken Wuppertal verlegt.*

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

Vollstationäre Fallzahl:	5515
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	J22	Akute Entzündung der unteren Atemwege, vom Arzt nicht näher bezeichnet	203
2	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	203
3	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	154
4	E86	Flüssigkeitsmangel	131
5	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	128
6	I63.3	Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	116
7	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	95
8	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	87
9	K29.1	Sonstige akute Gastritis	86
10	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	79
11	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	68
12	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	64
13	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	63

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
14	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	62
15	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	62
16	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	59
17	I95.1	Orthostatische Hypotonie	57
18	G45.82	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	55
19	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	52
20	K59.0	Obstipation	49
21	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	49
22	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	45
23	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	44
24	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	44
25	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	44
26	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	41
27	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	40
28	I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	39
29	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	39
30	I25.11	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung	38

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	I50	Herzschwäche	319
2	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	219
3	J22	Akute Entzündung der unteren Atemwege, vom Arzt nicht näher bezeichnet	203
4	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	183
5	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	176
6	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	165
7	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	160

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
8	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	159
9	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	148
10	E86	Flüssigkeitsmangel	131
11	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	115
12	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	106
13	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	106
14	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	100
15	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	93
16	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	89
17	I21	Akuter Herzinfarkt	85
18	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	84
19	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	79
20	I11	Bluthochdruck mit Herzkrankheit	76
21	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	76
22	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	68
23	I95	Niedriger Blutdruck	67
24	D50	Blutarmut durch Eisenmangel	55
25	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	52
26	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	51
27	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	51
28	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	50
29	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	50
30	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	50

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	205
2	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	203

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
3	I10.0	Benigne essentielle Hypertonie	170
4	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien	159
5	E86	Volumenmangel	131
6	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	128
7	I63.3	Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien	116
8	I50.1	Linksherzinsuffizienz	114
9	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	96
10	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	88
11	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	87
12	K29.1	Sonstige akute Gastritis	86
13	R55	Synkope und Kollaps	79
14	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	76
15	I11.9	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	73
16	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	68
17	J44.1	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet	64
18	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	64
19	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	63
20	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	62
21	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	62
22	G45.8	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	59
23	I95.1	Orthostatische Hypotonie	57
24	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	52
25	D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	49

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
26	K59.0	Obstipation	49
27	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	44
28	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	44
29	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	41
30	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	39

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1117
2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	706
3	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	632
4	3-031	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Herzens (Echokardiographie) durch Ansetzen des Ultraschallkopfes auf den Brustkorb (transthorakal) bei körperlicher Belastung	557
5	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	544
6	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	413
7	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	361
8	3-994	Computergestützte Darstellung von Körperstrukturen in Dreidimensionalität - Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	354
9	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	351
10	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	344
11	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	331
12	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	280
13	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	245

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
14	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	237
15	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	215
16	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	212
17	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	194
18	8-836.0b	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Gefäße Oberschenkel	188
19	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	178
20	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	167
21	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	167
22	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	161
23	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	135
24	3-24x	Andere spezielle Verfahren mithilfe der Computertomographie (CT)	127
25	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	117
26	8-836.7b	Perkutan-transluminale Gefäßintervention: Selektive Thrombolyse: Gefäße Oberschenkel	116
27	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	105
28	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	104
29	8-640.0	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversion)	99
30	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	97

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	1119

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
2	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	802
3	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	706
4	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	621
5	3-031	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Herzens (Echokardiographie) durch Ansetzen des Ultraschallkopfes auf den Brustkorb (transthorakal) bei körperlicher Belastung	557
6	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	544
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	520
8	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	455
9	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	413
10	3-994	Computergestützte Darstellung von Körperstrukturen in Dreidimensionalität - Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	354
11	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	351
12	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	344
13	8-561	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen	332
14	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	284
15	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	280
16	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	259
17	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	253
18	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	227
19	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	212
20	8-98b	Sonstige fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls	183
21	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	167

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
22	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	167
23	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	133
24	3-24x	Andere spezielle Verfahren mithilfe der Computertomographie (CT)	127
25	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	117
26	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	117
27	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention	110
28	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	104
29	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	101
30	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	97

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	GASTROENTEROLOGISCHE AMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	VI38 - Palliativmedizin
	Vorstellung bei Magen- Darm- oder Lebererkrankungen zur erweiterten Diagnostik und Therapie, insbesondere zu Spiegelungen des Verdauungstraktes und Abklärung funktioneller Verdauungsstörungen
2	DIABETOLOGIE UND ENDOKRINOLOGIE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
3	ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN
	Privatambulanz

3	ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN
	Sämtliche internistischen Erkrankungen können diagnostisch und therapeutisch behandelt werden

4	KARDIOLOGISCHE AMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	Vorstellung bei Herzerkrankungen zur erweiterten Diagnostik ggf. Therapie mit allen derzeit zur Verfügung stehenden Verfahren.

5	ANGIOLOGIE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VR15 - Arteriographie
	VR04 - Duplexsonographie
	VR41 - Interventionelle Radiologie
	VR16 - Phlebographie

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	396
2	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	52

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:	23,86		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*42*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	23,86	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	7,16	**Stationär:**	16,7
			Fälle je Anzahl:	330,2

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:	8,63			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	8,63	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	2,59	**Stationär:**	6,04
			Fälle je Anzahl:	913,1

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
	Die Facharztqualifikation Innere Medizin tragen die 3 Chefärzte, die 4 Oberärzte und 3 Assistenten.
2	Innere Medizin und SP Gastroenterologie
	Die Facharztqualifikation für den Schwerpunkt Gastroenterologie tragen 1 Chefarzt und 1 Oberarzt.
3	Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie
4	Innere Medizin und SP Kardiologie
	Die Facharztqualifikation für den Schwerpunkt Kardiologie tragen 1 Chefarzt und 2 Oberärzte.
5	Innere Medizin und SP Angiologie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
	Die Zusatzqualifikation trägt ein Chefarzt und ein Oberarzt
2	Labordiagnostik - fachgebunden -
	Die Zusatzqualifikation tragen zwei Chefärzte
3	Palliativmedizin
	Die Zusatzqualifikation trägt ein Chefarzt
4	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
	Die Zusatzqualifikation tragen 3 Chefärzte und 3 Oberärzte

B-[1].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
38,5

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	65,2			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	63,3	**Ohne:**	1,9
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	65,2
			Fälle je Anzahl:	84,6

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	2,17			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,17	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	2,17
			Fälle je Anzahl:	2541,5

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,74			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,74	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,74
			Fälle je Anzahl:	7452,7

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	1,66			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,32	**Ohne:**	0,34
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	1,66
			Fälle je Anzahl:	3322,3

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	3,63			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	3,63	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	3,63
			Fälle je Anzahl:	1519,3

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	6,37			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,37	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	6,37
			Fälle je Anzahl:	865,8

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	Intensivpflege und Anästhesie

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Diabetes
3	Stroke Unit Care

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

B-[2] Orthopädie- und Unfallchirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Orthopädie- und Unfallchirurgie
Straße:	Gartenstraße
Hausnummer:	4-8
PLZ:	40822
Ort:	Mettmann
URL:	http://www.evk-mettmann.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Andrzej Kaminski, Chefarzt Unfallchirurgie/ Orthopädie
Telefon:	02104 773 130
Fax:	02104 773 128
E-Mail:	a.kaminski@evk-mettmann.de

B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Gartenstraße 4-8
PLZ/Ort:	40822 Mettmann
URL:	http://www.evk-mettmann.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
2	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
3	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
4	Fußchirurgie
5	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
6	Handchirurgie
7	Arthroskopische Operationen
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
11	Verbrennungschirurgie
12	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
14	Spezialsprechstunde *2x/Woche BG-Sprechstunde, 1x/Woche Chef-Sprechstunde, 2x/Woche Endoprothetik-Sprechstunde, 1x/Woche Arthroskopie-Sprechstunde, 5x/Woche Sprechstunde Poststationäre Unfallchirurgie*
15	Bandrekonstruktionen/Plastiken
16	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
17	Metall-/Fremdkörperentfernungen
18	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
19	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
20	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
21	Sportmedizin/Sporttraumatologie
22	Wirbelsäulenchirurgie
23	Schulterchirurgie
24	Septische Knochenchirurgie
25	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
26	Chirurgische Intensivmedizin
27	Notfallmedizin

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

Vollstationäre Fallzahl:	2246
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	S06.0	Gehirnerschütterung	150
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	117
3	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	99
4	M47.86	Sonstige Spondylose: Lumbalbereich	82
5	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	71
6	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	67
7	M54.4	Lumboischialgie	62
8	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	60
9	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	48
10	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	43

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
11	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	41
12	M54.5	Kreuzschmerz	38
13	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	33
14	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	30
15	G54.4	Läsionen der Lumbosakralwurzeln, anderenorts nicht klassifiziert	29
16	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	27
17	M96.1	Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert	25
18	M23.22	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Hinterhorn des Innenmeniskus	23
19	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	23
20	M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	23
21	S42.29	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Sonstige und multiple Teile	21
22	S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1	20
23	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	19
24	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	18
25	S80.0	Prellung des Knies	17
26	S70.0	Prellung der Hüfte	17
27	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	15
28	S52.59	Distale Fraktur des Radius: Sonstige und multiple Teile	15
29	L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	15
30	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	14

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	S06	Verletzung des Schädelinneren	158
2	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	137
3	S52	Knochenbruch des Unterarmes	130
4	M54	Rückenschmerzen	129
5	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	121
6	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	116
7	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	115

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
8	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	102
9	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	96
10	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	92
11	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	74
12	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	67
13	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	58
14	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	50
15	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	48
16	S30	Oberflächliche Verletzung des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens	42
17	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	34
18	G54	Krankheit von Nervenwurzeln bzw. Nervengeflechten	32
19	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte bzw. des Oberschenkels	29
20	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	29
21	S83	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder	28
22	M96	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	28
23	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	25
24	S92	Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes	22
25	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	20
26	S62	Knochenbruch im Bereich des Handgelenkes bzw. der Hand	20
27	S43	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Schultergürtels	18
28	M50	Bandscheibenschaden im Halsbereich	17
29	M25	Sonstige Gelenkkrankheit	15
30	S13	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Halses	15

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	S06.0	Gehirnerschütterung	150
2	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	117
3	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	99
4	M47.8	Sonstige Spondylose	94
5	S52.5	Distale Fraktur des Radius	90
6	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	71
7	S72.0	Schenkelhalsfraktur	67
8	S42.2	Fraktur des proximalen Endes des Humerus	67
9	M54.4	Lumboischialgie	62
10	M48.0	Spinal(kanal)stenose	54
11	M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	43
12	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	41
13	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	39
14	M23.2	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung	38
15	M54.5	Kreuzschmerz	38
16	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	35
17	S22.4	Rippenserienfraktur	35
18	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	33
19	G54.4	Läsionen der Lumbosakralwurzeln, anderenorts nicht klassifiziert	29
20	T84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	27
21	M96.1	Postlaminektomie-Syndrom, anderenorts nicht klassifiziert	25
22	M80.0	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur	24
23	S22.0	Fraktur eines Brustwirbels	22
24	L03.1	Phlegmone an der oberen Extremität	21
25	S82.8	Bimalleolarfraktur	20

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
26	S83.5	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes mit Beteiligung des (vorderen) (hinteren) Kreuzbandes	20
27	S70.0	Prellung der Hüfte	17
28	S80.0	Prellung des Knies	17
29	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	15
30	S42.0	Fraktur der Klavikula	14

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	487
2	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	189
3	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	181
4	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	167
5	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	156
6	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	152
7	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	127
8	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	109
9	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	99
10	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	93
11	5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment	79
12	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	74
13	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	74

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
14	5-988	Operation unter Anwendung eines Navigationssystems, das während der Operation aktuelle 3D-Bilder des Operationsgebietes anzeigt	69
15	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	65
16	5-829.k	Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	63
17	5-032.30	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Hemilaminektomie LWS: 1 Segment	58
18	5-032.10	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	55
19	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	52
20	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	52
21	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	49
22	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	49
23	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	49
24	5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	47
25	3-806	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	46
26	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	46
27	3-900	Messung des Mineralsalzgehaltes des Knochens - Knochendichtemessung	45
28	5-831.2	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression	45
29	5-832.4	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell	45
30	8-914.02	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: An der Lendenwirbelsäule	43

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-561	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen	487
2	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	260
3	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	189
4	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	181
5	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	180
6	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	167
7	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	160
8	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	156
9	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	152
10	5-822	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	129
11	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	127
12	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	121
13	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	114
14	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	110
15	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	109
16	9-984	Pflegebedürftigkeit	107
17	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	107
18	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	99
19	5-829	Sonstige Operation zur Sicherung oder Wiederherstellung der Gelenkfunktion	98
20	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	95

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
21	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	93
22	5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	89
23	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	87
24	5-039	Sonstige Operation am Rückenmark bzw. an den Rückenmarkshäuten	85
25	5-780	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit	85
26	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	80
27	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention	77
28	5-988	Operation unter Anwendung eines Navigationssystems, das während der Operation aktuelle 3D-Bilder des Operationsgebietes anzeigt	69
29	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	65
30	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	63

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	INTERDIZIPLINÄRE CHIRURGISCHE NOTFALLAMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC66 - Arthroskopische Operationen
	VC66 - Arthroskopische Operationen
	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
	VC50 - Chirurgie der peripheren Nerven
	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes

1	INTERDIZIPLINÄRE CHIRURGISCHE NOTFALLAMBULANZ
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
	VO15 - Fußchirurgie
	VO16 - Handchirurgie
	VK32 - Kindertraumatologie
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
	VC71 - Notfallmedizin
	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
	VO19 - Schulterchirurgie
	VC58 - Spezialsprechstunde
	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie

2	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	53
2	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	44
3	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	39
4	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	31
5	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	28
6	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	8
7	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	8

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
8	5-039	Sonstige Operation am Rückenmark bzw. an den Rückenmarkshäuten	6
9	5-849	Sonstige Operation an der Hand	< 4
10	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	< 4
11	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
12	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	< 4
13	8-201	Nichtoperatives Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung ohne operative Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
14	5-851	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
15	5-788	Operation an den Fußknochen	< 4
16	5-781	Operative Durchtrennung von Knochengewebe zum Ausgleich von Fehlstellungen	< 4
17	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	< 4
18	5-841	Operation an den Bändern der Hand	< 4
19	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	< 4
20	5-813	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung	< 4

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)					
Gesamt:	10,17		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*42*	
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	10,17	**Ohne:**	0	

Versorgungsform:	**Ambulant:**	2,03	**Stationär:**	8,14
			Fälle je Anzahl:	275,9

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:	5,46			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	5,46	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,09	**Stationär:**	4,37
			Fälle je Anzahl:	514,0

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Orthopädie und Unfallchirurgie *3 Ärzte*
2	Allgemeinchirurgie *1 Arzt*

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Notfallmedizin *1 Arzt*
2	Physikalische Therapie und Balneologie *1 Arzt*
3	Spezielle Unfallchirurgie *2 Ärzte*

B-[2].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
38,5

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

Gesamt:	30,38			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	29,85	**Ohne:**	0,53
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	30,38
			Fälle je Anzahl:	73,9

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

Gesamt:	2,44			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,44	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	2,44
			Fälle je Anzahl:	920,5

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,27			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,27	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,27
			Fälle je Anzahl:	8318,5

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,05			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,83	**Ohne:**	0,22
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	1,05
			Fälle je Anzahl:	2139,1

PFLEGEHELFER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	1,33			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,33	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	1,33
			Fälle je Anzahl:	1688,7

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	1,17			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	1,17	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	1,17
			Fälle je Anzahl:	1919,7

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,97			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,97	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,97
			Fälle je Anzahl:	2315,5

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Diabetes

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

B-[3] Allgemein- und Viszeralchirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemein- und Viszeralchirurgie
Straße:	Gartenstraße
Hausnummer:	4-8
PLZ:	40822
Ort:	Mettmann
URL:	http://www.evk-mettmann.de

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Name/Funktion:	Dr. med. Uwe Knaust, Chefarzt Allgemein-/ Viszeralchirurgie
Telefon:	02104 773 133
Fax:	02104 773 128
E-Mail:	u.knaust@evk-mettmann.de

B-[3].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Gartenstraße 4-8
PLZ/Ort:	40822 Mettmann
URL:	http://www.evk-mettmann.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Amputationschirurgie *Minor- und Majoramputationen bei pAVK IV° und Diabetes mellitus*
2	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung *in Verbindung mit angeschlossener radiologischer Praxis*
3	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel *in Verbindung mit angeschlossener radiologischer Praxis*
4	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren *MRCP, in Verbindung mit angeschlossener radiologischer Praxis*
5	Interdisziplinäre Tumornachsorge *gemeinsam mit der gastroenterologischen Abteilung und der ans Haus angeschlossenen onkologischen Praxis*
6	Chirurgische Intensivmedizin
7	Endosonographie *endorektale Sonographie (Staging Rektumtumore, Abszesse, Schließmuskeldefekte)*
8	Chirurgie der Bauchwandhernien *Versorgung von Leistenbrüchen je nach Indikation endoskopisch (TAPP; TEPP) oder konventionell (Lichtenstein, Shouldice, u.a.)Versorgung von Narbenhernien je nach Indikation in Sublay- oder IPOM-Technik, Bauchdeckenrekonstruktion und -ersatz*
9	Native Sonographie *Sonographie des Abdomens, Nahfeldsonographie, Schilddrüsensonographie*
10	Schrittmachereingriffe *in Verbindung mit der kardiologischen Abteilung Implantation, Aggregatwechsel und Revision, Implantation von Eventrecordern.*
11	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
	alle Eingriffe an Leber und Gallensystem und Pankreas einschließlich ausgedehnter Leberteilresektionen außer Transplantation
12	Magen-Darm-Chirurgie *Chirurgische Behandlung von gut- und bösartigen Erkrankungen des gesamten Magendarmtraktes ausser Ösophaguschirurgie*
13	Endokrine Chirurgie *Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüsen, Nebennieren*
14	Portimplantation *Einsetzen von Kathetersystemen zur Chemotherapie/künstlichen Ernährung*
15	Tumorchirurgie *Therapie von Tumoren der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Magen, Darm. Leber, Galle, Pankreas, Bauchhöhle, Weichteiltumoren*
16	Koloproktologie *Diagnostik und Therapie des Hämorrhoidalleidens einschließlich Staplerverfahren, Analfissuren, Analfisteln, Rektozelen, Rektumprolaps, Stuhlinkontinenz, Anal- und Rektumtumoren*
17	Minimalinvasive laparoskopische Operationen *Leistenbruchversorgung, Gallenblasenentfernung, Appendektomie, Anti-Reflux-Operationen, Dickdarm(teil)entfernungen, Adhäsiolysen, Milzentfernung, Leberzystenoperationen, Peritonealdialysekatheteranlage*

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

Vollstationäre Fallzahl:	1123
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	61
2	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	58
3	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	44
4	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	39
5	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	27
6	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	27
7	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	25

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
8	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	23
9	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	21
10	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	20
11	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	20
12	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	20
13	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	17
14	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	17
15	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	17
16	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	16
17	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	16
18	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	16
19	L72.1	Trichilemmalzyste	14
20	K43.0	Hernia ventralis mit Einklemmung, ohne Gangrän	14
21	K36	Sonstige Blinddarmentzündung	14
22	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	13
23	K61.0	Analabszess	13
24	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	13
25	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	12
26	K64.3	Hämorrhoiden 4. Grades	11
27	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	11
28	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	11
29	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	10
30	K35.2	Akute Appendizitis mit generalisierter Peritonitis	10

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	K80	Gallensteinleiden	136
2	K40	Leistenbruch (Hernie)	107

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
3	K35	Akute Blinddarmentzündung	80
4	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	73
5	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	63
6	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	53
7	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	47
8	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	29
9	K61	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters	28
10	K64	Hämorrhoiden und Verschluss der Venen in der Nähe des Darmausgangs durch ein Blutgerinnsel	28
11	A09	Magen-Darm-Grippe und sonstige Entzündung des Dickdarmes	21
12	L05	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus	21
13	K60	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms	19
14	K62	Sonstige Krankheit des Mastdarms bzw. des Afters	18
15	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	17
16	K36	Sonstige Blinddarmentzündung	14
17	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	14
18	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	14
19	L72	Flüssigkeitsgefüllter Hohlraum (Zyste) der Haut bzw. Unterhaut	14
20	K42	Nabelbruch (Hernie)	13
21	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	13
22	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	12
23	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	11
24	K63	Sonstige Krankheit des Darms	10
25	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	10
26	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	9
27	D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters	9
28	A46	Wundrose - Erysipel	9
29	E05	Schilddrüsenüberfunktion	8

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
30	C44	Sonstiger Hautkrebs	8

B-[3].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	74
2	K80.1	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis	62
3	K80.0	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis	50
4	K57.2	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	45
5	K35.3	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis	43
6	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	27
7	K57.3	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	27
8	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	27
9	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	21
10	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	20
11	K40.2	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän	20
12	A09.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs	20
13	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	20
14	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	17
15	K80.2	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis	17
16	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	16
17	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	16

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
18	K43.0	Narbenhernie mit Einklemmung, ohne Gangrän	14
19	K36	Sonstige Appendizitis	14
20	L72.1	Trichilemmalzyste	14
21	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	13
22	K61.0	Analabszess	13
23	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	12
24	I70.2	Atherosklerose der Extremitätenarterien	12
25	K40.3	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän	12
26	K64.3	Hämorrhoiden 4. Grades	11
27	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	11
28	K35.2	Akute Appendizitis mit generalisierter Peritonitis	10
29	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	10
30	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	10

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	148
2	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	131
3	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	108
4	5-932.00	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Ohne Beschichtung	107
5	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	105
6	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	102
7	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	101

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
8	5-470.10	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch (Schlingen)ligatur	90
9	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	77
10	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	75
11	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	66
12	8-914.01	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie: Ohne bildgebende Verfahren: An der Brustwirbelsäule	60
13	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	56
14	5-98c.0	Anwendung eines Klammernahtgerätes: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	55
15	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	51
16	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	43
17	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	42
18	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und am Respirationstrakt	40
19	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	39
20	5-536.45	Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	34
21	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	33
22	5-490.1	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	33
23	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	30
24	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	28
25	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	26

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
26	5-932.1	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material	25
27	5-932.2	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Composite-Material	23
28	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	21
29	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und Gelenken der Extremitäten	21
30	5-896.1b	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	20

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-469	Sonstige Operation am Darm	169
2	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	156
3	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	152
4	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	150
5	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	120
6	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	113
7	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes	109
8	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	108
9	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	108
10	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	102
11	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	100
12	5-455	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms	90
13	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	78
14	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	77
15	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	66

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
16	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	62
17	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	61
18	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	56
19	5-536	Operativer Verschluss eines Narbenbruchs (Hernie)	47
20	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	46
21	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	45
22	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	42
23	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	42
24	9-984	Pflegebedürftigkeit	41
25	8-190	Spezielle Verbandstechnik	40
26	8-561	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen	39
27	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	39
28	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	37
29	5-896	Operative Entfernung von abgestorbenem Gewebe im Bereich einer Wunde bzw. von erkranktem Gewebe an Haut oder Unterhaut	33
30	5-454	Operative Dünndarmentfernung	31

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VC00 - Proktologie
	VC63 - Amputationschirurgie
	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
	VD12 - Dermatochirurgie
	VC61 - Dialyseshuntchirurgie

1	ZENTRALAMBULANZ
	VC21 - Endokrine Chirurgie
	VR06 - Endosonographie
	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
	VC62 - Portimplantation
	VC24 - Tumorchirurgie

2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC00 - Proktologie
	VC63 - Amputationschirurgie
	VC51 - Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
	VD12 - Dermatochirurgie
	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
	VD09 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
	VC21 - Endokrine Chirurgie
	VR06 - Endosonographie
	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	VR02 - Native Sonographie
	VC62 - Portimplantation
	VC05 - Schrittmachereingriffe
	VC24 - Tumorchirurgie

2	PRIVATAMBULANZ
	VD20 - Wundheilungsstörungen
	Di + Mi 12.00 - 17.00, Anmeldung unter 02104/773131

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	37
2	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	6
3	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	5
4	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	5
5	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
6	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	< 4
7	5-536	Operativer Verschluss eines Narbenbruchs (Hernie)	< 4

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:	6,65		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*42*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,65	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,33	**Stationär:**	5,32
			Fälle je Anzahl:	211,1

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:	5			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	5	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1	**Stationär:**	4
			Fälle je Anzahl:	280,8

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Allgemeinchirurgie *4 Ärzte*
2	Viszeralchirurgie *3 Ärzte*

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Spezielle Viszeralchirurgie *2 Ärzte*
2	Proktologie *1 Arzt*

B-[3].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
38,5

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	20,19			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	19,76	**Ohne:**	0,43

Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	20,19
			Fälle je Anzahl:	55,6

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,19			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,19	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,19
			Fälle je Anzahl:	5910,5

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,87			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,71	**Ohne:**	0,16
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,87
			Fälle je Anzahl:	1290,8

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

Gesamt:	0,87			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,87	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,87
			Fälle je Anzahl:	1290,8

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

Gesamt:	0,7			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,7	**Ohne:**	0

Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,7
			Fälle je Anzahl:	1604,3

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,94			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,94	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,94
			Fälle je Anzahl:	1194,7

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	Intensivpflege und Anästhesie
3	Operationsdienst

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Diabetes

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

B-[4] Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Straße:	Gartenstraße
Hausnummer:	4-8
PLZ:	40822
Ort:	Mettmann
URL:	http://www.evk-mettmann.de

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Name/Funktion:	Dr. med. Clemens Stock, Chefarzt Gynäkologie und Geburtshilfe
Telefon:	02104 773 161
Fax:	02104 773 169
E-Mail:	c.stock@evk-mettmann.de

B-[4].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Gartenstraße 4-8
PLZ/Ort:	40822 Mettmann
URL:	http://www.evk-mettmann.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Urogynäkologie *Die spezielle urogynäkologische Sprechstunde umfasst die Beratung und Diagnostik inklusive der Erstellung eines urodynamischen Profils. Die Untersuchungen sind obligat vor einer evtl. Operation (s. VG07)*
2	Geburtshilfliche Operationen *Bei Geburtsstillstand muss ggf. ein sog. vaginal-operatives Verfahren (je nach Befund: Saugglocken- oder Forcepsextraktion) angewendet werden. Ein Kaiserschnitt (sectio) wird möglichst nach der sog. sanften Methode durchgeführt,*
3	Gynäkologische Chirurgie *Komplexere Eingriffe, bei denen die minimal-invasiven Methoden nicht angewendet werden können, erfolgen über Unterbauchquerschnitt oder -längsschnitt. Die Visceralchirurgen des Hauses können bei Darm- u.O. Gefäßveränderungen hinzugezogen werden.*
4	Inkontinenzchirurgie *Ein Schwerpunkt liegt in den verschiedenen Op.-Verfahren von vaginal, ggf. auch von abdominal. Sofern möglich werden die minimal-invasiven Methoden des TVT (tension free vaginal tape) und die Bulkamid-Injektionen durchgeführt.*
5	Spezialsprechstunde *Spezialsprechstunden existieren für Risikoschwangere für die Geburtsplanung, für Zweitmeinungen oder Kontrollen auf Überweisung.Mamasonographie und Mamastanzbiopsie auf Überweisung.Die urogynäkologische Sprechstunde kann auf Überweisung in Anspruch genommen werden.*
6	Ambulante Entbindung
7	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse *Zur Diagnostik stehen neben dem Ultraschall mit Farbdoppler-Einrichtigung die Mammographie sowie die Kernspin-Untersuchung der Brustdrüse in der angeschlossenen Kooperationspraxis zur Verfügung. Zur minimal-invasiven Abklärung erfolgt eine Jet-Nadel-Biopsie.*
8	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane *Zur Diagnostik steht neben der vaginalen Ultraschalluntersuchung ein umfangreiches Laborprogramm zur Verfügung, ggf. wird eine diagnostische oder operative Unterbauch- spiegelung (minimal-invasives Verfahren) vorgenommen.*
9	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse *Siehe VG01. Dabei beschränken sich die Eingriffe auf das lokale Geschehen, sodass immer kosmetisch günstig operiert werden kann.*
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes *Siehe VG10. Geburtsvorbereitungskurse erfolgen in Kooperation mit der Elternschule des Hauses. Eine Hebammen- , eine Stillberatungssprechstunde und zahlreiche Eltern-Kind-Kurse runden das Angebot ab. Es wird ein individueller, moderner, familienorientierter Umgang mit den Wöchnerinnen gepflegt.*
11	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes *Wie VG13. Die Diagnostik beruht im Wesentlichen auf der Sonographie, dem Abdomen-CT oder der Kernspin-Untersuchung des kleinen Beckens. Die Therapie wird entweder in der minimal-invasiven Form (s. VG05) oder über eine Laparotomie (s. VG06) erfolgen.*
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse *Siehe VG02*
13	Endoskopische Operationen

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
	Diese sind im Wesentlichen die operative Pelviskopie (Unterbauchspiegelung) auch mit Entfernung der Gebärmutter und die Hysteroskopie (Spiegelung der Gebärmutter), die als minimal-invasive Verfahren sowohl diagnostisch als auch therapeutisch eingesetzt werden.
14	Betreuung von Risikoschwangerschaften *Für die Betreuung von Risikoschwangerschaften sowie zur Geburtsplanung ist eine eigene Sprechstunde eingerichtet. Für die pränatale Diagnostik steht ein High-end-Ultraschallgerät mit Farbdoppler-Sonographie und 3-D/4-D-Darstelllung zur Verfügung. .*
15	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	Ausführliche Voruntersuchungen durch Ultraschall und ggf. radiologische Untersuchungen sind eine wesentliche Grundlage für die Diagnostik und die daraus resultierende Therapie inklusive der individuell abgestimmten Operationen.

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

Vollstationäre Fallzahl:	1597
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	419
2	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	73
3	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	52
4	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	50
5	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	42
6	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	41
7	O80	Normale Geburt eines Kindes	40
8	D27	Gutartiger Eierstocktumor	39
9	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	34
10	N81.1	Zystozele	18
11	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	18
12	N95.0	Postmenopausenblutung	17
13	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	17
14	C56	Eierstockkrebs	17
15	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	17
16	O20.0	Drohender Abort	16

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
17	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	14
18	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	14
19	N80.1	Endometriose des Ovars	14
20	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	14
21	N83.0	Follikelzyste des Ovars	14
22	N81.3	Totalprolaps des Uterus und der Vagina	13
23	N80.3	Endometriose des Beckenperitoneums	13
24	N92.1	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei unregelmäßigem Menstruationszyklus	12
25	O65.4	Geburtshindernis durch Missverhältnis zwischen Fet und Becken, nicht näher bezeichnet	12
26	N80.0	Endometriose des Uterus	12
27	O82	Geburt eines Kindes durch Kaiserschnitt	12
28	O64.0	Geburtshindernis durch unvollständige Drehung des kindlichen Kopfes	11
29	N84.0	Polyp des Corpus uteri	11
30	O36.3	Betreuung der Mutter wegen Anzeichen für fetale Hypoxie	11

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	Z38	Neugeborene	422
2	O70	Dammriss während der Geburt	105
3	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	92
4	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	88
5	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	51
6	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	49
7	O80	Normale Geburt eines Kindes	40
8	D27	Gutartiger Eierstocktumor	39
9	N80	Gutartige Wucherung der Gebärmutterschleimhaut außerhalb der Gebärmutter	39
10	N92	Zu starke, zu häufige bzw. unregelmäßige Regelblutung	29
11	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	26
12	O42	Vorzeitiger Blasensprung	23

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
13	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	23
14	O65	Geburtshindernis durch Normabweichung des mütterlichen Beckens	21
15	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind	19
16	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	18
17	N85	Sonstige nichtentzündliche Krankheit der Gebärmutter, ausgenommen des Gebärmutterhalses	17
18	N95	Störung im Zusammenhang mit den Wechseljahren	17
19	C56	Eierstockkrebs	17
20	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	15
21	O63	Sehr lange dauernde Geburt	15
22	N84	Gutartige Schleimhautwucherung (Polyp) im Bereich der weiblichen Geschlechtsorgane	15
23	O64	Geburtshindernis durch falsche Lage bzw. Haltung des ungeborenen Kindes kurz vor der Geburt	14
24	O62	Ungewöhnliche Wehentätigkeit	14
25	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	14
26	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter falscher Lage des ungeborenen Kindes	13
27	O69	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Komplikationen mit der Nabelschnur	12
28	O82	Geburt eines Kindes durch Kaiserschnitt	12
29	N70	Eileiterentzündung bzw. Eierstockentzündung	12
30	C50	Brustkrebs	12

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	419
2	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	73
3	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	52
4	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	50
5	N81.2	Partialprolaps des Uterus und der Vagina	42

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
6	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	41
7	O80	Spontangeburt eines Einlings	40
8	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	39
9	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	34
10	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	18
11	N81.1	Zystozele	18
12	O21.0	Leichte Hyperemesis gravidarum	17
13	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	17
14	N95.0	Postmenopausenblutung	17
15	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	17
16	O20.0	Drohender Abort	16
17	N83.0	Follikelzyste des Ovars	14
18	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	14
19	N80.1	Endometriose des Ovars	14
20	N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	14
21	N92.0	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei regelmäßigem Menstruationszyklus	14
22	N81.3	Totalprolaps des Uterus und der Vagina	13
23	N80.3	Endometriose des Beckenperitoneums	13
24	N80.0	Endometriose des Uterus	12
25	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	12
26	N92.1	Zu starke oder zu häufige Menstruation bei unregelmäßigem Menstruationszyklus	12
27	O65.4	Geburtshindernis durch Missverhältnis zwischen Fetus und Becken, nicht näher bezeichnet	12

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
28	O36.3	Betreuung der Mutter wegen Anzeichen für fetale Hypoxie	11
29	N84.0	Polyp des Corpus uteri	11
30	O64.0	Geburtshindernis durch unvollständige Drehung des kindlichen Kopfes	11

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	410
2	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	217
3	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	146
4	5-661.62	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	97
5	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	84
6	5-932.1	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: (Teil-)resorbierbares synthetisches Material	82
7	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	78
8	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	76
9	5-682.02	Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)	75
10	5-681.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Morcellieren des Uterus als Vorbereitung zur Uterusexstirpation	73
11	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	66
12	5-749.11	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär	60
13	5-704.10	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	60
14	5-653.32	Salpingoovariektomie: Salpingoovarektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	58
15	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	50

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
16	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	47
17	5-749.10	Andere Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär	45
18	1-471.2	Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	44
19	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	41
20	5-704.00	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	40
21	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	34
22	5-657.62	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	32
23	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	32
24	5-595.10	Abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperation: Urethrokolposuspension (z.B. nach Burch): Offen chirurgisch (abdominal)	28
25	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	26
26	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	26
27	5-704.01	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Mit alloplastischem Material	26
28	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	24
29	5-704.48	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum	23
30	5-670	Erweiterung des Gebärmutterhalses	22

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	424
2	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	217
3	5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	211
4	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	157

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
5	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	146
6	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	137
7	5-661	Operative Entfernung eines Eileiters	137
8	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	108
9	5-682	Fast vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	97
10	5-469	Sonstige Operation am Darm	94
11	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	91
12	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	89
13	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	84
14	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	84
15	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	74
16	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	70
17	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	66
18	5-595	Operation bei Blasenschwäche über einen Bauchschnitt	47
19	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung	47
20	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt	46
21	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	41
22	5-738	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht	40
23	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	34
24	5-740	Klassischer Kaiserschnitt	29
25	5-702	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide	28
26	1-559	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus sonstigen Verdauungsorganen, dem Bauchfell (Peritoneum) bzw. dem dahinter liegenden Gewebe (Retroperitoneum) durch operativen Einschnitt	27
27	5-543	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe aus der Bauchhöhle	26

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
28	5-569	Sonstige Operation am Harnleiter	25
29	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	25
30	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	24

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	wie AM 11

2	BESTIMMUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116B SGB V
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	ambulante Operationen

3	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	wie AM 11

4	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VG19 - Ambulante Entbindung
	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
	VG05 - Endoskopische Operationen
	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
	VG07 - Inkontinenzchirurgie
	VG15 - Spezialsprechstunde
	VG16 - Urogynäkologie

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	72
2	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung	61
3	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt	55
4	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	6
5	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	4
6	5-671	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals	4
7	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	4
8	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	< 4
9	8-100	Fremdkörperentfernung durch Spiegelung	< 4
10	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	< 4
11	1-472	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt	< 4
12	5-702	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide	< 4
13	5-691	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter	< 4
14	5-469	Sonstige Operation am Darm	< 4
15	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	< 4
16	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	< 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:	8,89		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*42*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	8,89	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	2,67	**Stationär:**	6,22
			Fälle je Anzahl:	256,8

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:	6,31			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,31	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,89	**Stationär:**	4,42
			Fälle je Anzahl:	361,3

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Palliativmedizin

B-[4].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
38,5

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

Gesamt:	13,32			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	13,21	**Ohne:**	0,11
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	13,32
			Fälle je Anzahl:	119,9

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

Gesamt:	3,22			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	3,22	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	3,22
			Fälle je Anzahl:	496,0

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0
			Fälle je Anzahl:	0,0

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,19			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,19	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,19
			Fälle je Anzahl:	8405,3

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,24			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,21	**Ohne:**	0,03
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,24
			Fälle je Anzahl:	6654,2

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

Gesamt:	0,57			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,57	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,57
			Fälle je Anzahl:	2801,8

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	4,7			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	4,7	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	4,7
			Fälle je Anzahl:	339,8

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

Gesamt:	0,7			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,7	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,7
			Fälle je Anzahl:	2281,4

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,03			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,03	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,03
			Fälle je Anzahl:	53233,3

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Diabetes

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

B-[5] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Straße:	Gartenstraße
Hausnummer:	4-8
PLZ:	40822

Ort:	Mettmann
URL:	http://www.evk-mettmann.de

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2600) Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

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

Name/Funktion:	Dr. med. Volker Bremkamp, HNO Zentrum Mettmann
Telefon:	02104 25400
Fax:	
E-Mail:	bremkamp@arcor.de

Name/Funktion:	Dr. med. Stefanie Ellermann, HNO Zentrum Erkrath
Telefon:	0211 242030
Fax:	
E-Mail:	praxis@hno-erkrath.com

Name/Funktion:	Dr. med. Philipp Schindler, HNO Praxis Erkrath
Telefon:	0211 242030
Fax:	
E-Mail:	praxis@hno-erkrath.com

B-[5].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Gartenstraße 4-8
PLZ/Ort:	40822 Mettmann
URL:	http://www.evk-mettmann.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres *(BERA: brain evote response audiometrie, OAE: otoakustische emissionen, VNG: video nystagmographie) Spezielle Untersuchungsverfahren zur Abklärung von spezifischen Ohrerkrankungen und Symptomen (z. B. Schwindel). Therapieregime konservativ als auch operativ*
3	Mittelohrchirurgie
4	Schnarchoperationen *Polygraphie (Schlafmedizin, Schlafstörungen durch Schnarchen), Allergieuntersuchung, Umweltmedizin.*
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
6	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen *operativ als auch konservativ*
9	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich *Mikroskopische Untersuchung und Operationen der Stimmbänder*
10	Schwindeldiagnostik/-therapie
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres

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

Vollstationäre Fallzahl:	261
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	J35.0	Chronische Tonsillitis	51
2	H81.2	Neuropathia vestibularis	33
3	H93.3	Krankheiten des N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv]	26
4	J38.4	Larynxödem	14
5	J34.2	Nasenseptumdeviation	14
6	J32.4	Chronische Pansinusitis	13

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
7	J36	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln	11
8	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	10
9	H81.0	Ménière-Krankheit	8
10	G51.0	Fazialisparese	5
11	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	5
12	H91.2	Idiopathischer Hörsturz	< 4
13	H80.9	Otosklerose, nicht näher bezeichnet	< 4
14	G47.39	Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet	< 4
15	H71	Eitrige Entzündung des Mittelohrs mit Zerstörung von Knochen und fortschreitender Schwerhörigkeit - Cholesteatom	< 4
16	H72.9	Trommelfellperforation, nicht näher bezeichnet	< 4
17	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	< 4
18	Q17.5	Abstehendes Ohr	< 4
19	J38.1	Polyp der Stimmlippen und des Kehlkopfes	< 4
20	J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln	< 4
21	H93.1	Tinnitus aurium	< 4
22	H65.2	Chronische seröse Otitis media	< 4
23	B27.9	Infektiöse Mononukleose, nicht näher bezeichnet	< 4
24	H66.2	Chronische epitympanale Otitis media	< 4
25	J35.2	Hyperplasie der Rachenmandel	< 4
26	D21.0	Sonstige gutartige Neubildungen: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	< 4
27	J06.0	Akute Laryngopharyngitis	< 4
28	H73.1	Chronische Myringitis	< 4
29	H73.0	Akute Myringitis	< 4
30	J32.2	Chronische Sinusitis ethmoidalis	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	56
2	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	42
3	H93	Sonstige Krankheit des Ohres	28
4	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	24

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
5	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	17
6	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	17
7	J36	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln	11
8	G47	Schlafstörung	8
9	G51	Krankheit des Gesichtsnervs	5
10	H91	Sonstiger Hörverlust	< 4
11	H72	Trommelfellriss, die nicht durch Verletzung verursacht ist	< 4
12	H65	Nichteitrige Mittelohrentzündung	< 4
13	H80	Fortschreitender Hörverlust durch Versteifung der Ohrknöchelchen - Otosklerose	< 4
14	H66	Eitrige bzw. andere Form der Mittelohrentzündung	< 4
15	B27	Pfeiffersches Drüsenfieber - Infektiöse Mononukleose	< 4
16	H71	Eitrige Entzündung des Mittelohrs mit Zerstörung von Knochen und fortschreitender Schwerhörigkeit - Cholesteatom	< 4
17	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	< 4
18	Q17	Sonstige angeborene Fehlbildung des Ohres	< 4
19	H73	Sonstige Krankheit des Trommelfells	< 4
20	J01	Akute Nasennebenhöhlenentzündung	< 4
21	J03	Akute Mandelentzündung	< 4
22	J39	Sonstige Krankheit der oberen Atemwege	< 4
23	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	< 4
24	H95	Krankheit des Ohres bzw. des Warzenfortsatzes nach medizinischen Maßnahmen	< 4
25	J05	Akute Kehlkopfentzündung mit Atemnot (Krupp) bzw. Kehldeckelentzündung	< 4
26	J33	Nasenpolyp	< 4
27	B02	Gürtelrose - Herpes zoster	< 4
28	A46	Wundrose - Erysipel	< 4
29	J31	Lang anhaltende (chronische) Nasenschleimhautentzündung, Nasenrachenentzündung bzw. Rachenentzündung	< 4
30	D21	Sonstige gutartige Tumoren des Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	< 4

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	J35.0	Chronische Tonsillitis	51
2	H81.2	Neuropathia vestibularis	33
3	H93.3	Krankheiten des N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv]	26
4	J38.4	Larynxödem	14
5	J34.2	Nasenseptumdeviation	14
6	J32.4	Chronische Pansinusitis	13
7	J36	Peritonsillarabszess	11
8	J32.0	Chronische Sinusitis maxillaris	10
9	H81.0	Ménière-Krankheit	8
10	G47.3	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	8
11	G51.0	Fazialisparese	5
12	J35.1	Hyperplasie der Gaumenmandeln	< 4
13	H72.9	Trommelfellperforation, nicht näher bezeichnet	< 4
14	H71	Cholesteatom des Mittelohres	< 4
15	H91.2	Idiopathischer Hörsturz	< 4
16	H80.9	Otosklerose, nicht näher bezeichnet	< 4
17	H93.1	Tinnitus aurium	< 4
18	B27.9	Infektiöse Mononukleose, nicht näher bezeichnet	< 4
19	J34.3	Hypertrophie der Nasenmuscheln	< 4
20	Q17.5	Abstehendes Ohr	< 4
21	J38.1	Polyp der Stimmlippen und des Kehlkopfes	< 4
22	H65.2	Chronische seröse Otitis media	< 4
23	H66.2	Chronische epitympanale Otitis media	< 4
24	J33.9	Nasenpolyp, nicht näher bezeichnet	< 4
25	D21.0	Sonstige gutartige Neubildungen: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses	< 4
26	Z03.8	Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen	< 4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
27	J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet	< 4
28	H61.0	Perichondritis des äußeren Ohres	< 4
29	H73.1	Chronische Myringitis	< 4
30	J05.1	Akute Epiglottitis	< 4

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-215.1	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Konchotomie und Abtragung von hinteren Enden	40
2	5-282.0	Tonsillektomie mit Adenotomie: Mit Dissektionstechnik	27
3	5-281.0	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	27
4	8-500	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandsstoffen (Tamponade)	18
5	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	18
6	5-195.a0	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Attikotomie oder Attikoantrotomie: Ohne Implantation einer Prothese	16
7	1-242	Messung des Hörvermögens - Audiometrie	15
8	5-300.7	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Stripping einer Stimmlippe, mikrolaryngoskopisch	15
9	5-224.4	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal	12
10	5-214.0	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Submuköse Resektion	11
11	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	9
12	5-200.5	Parazentese [Myringotomie]: Mit Einlegen einer Paukendrainage	7
13	5-221.1	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über mittleren Nasengang	7
14	5-200.4	Parazentese [Myringotomie]: Ohne Legen einer Paukendrainage	6
15	5-281.1	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszesstonsillektomie	5
16	1-610.0	Diagnostische Laryngoskopie: Direkt	5
17	5-214.6	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	5

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
18	5-285.0	Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	4
19	5-294.4	Andere Rekonstruktionen des Pharynx: (Uvulo-)Palatopharyngoplastik	4
20	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	4
21	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	4
22	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	3
23	5-221.0	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über unteren Nasengang	3
24	5-215.x	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Sonstige	3
25	1-610.2	Diagnostische Laryngoskopie: Mikrolaryngoskopie	3
26	1-610.1	Diagnostische Laryngoskopie: Indirekt	3
27	5-281.5	Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral	3
28	5-201	Entfernung eines Paukenröhrchens aus der Ohrtrompete	2
29	5-224.1	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Sanierung der Sinus frontalis et ethmoidalis, kombiniert endonasal und von außen (nach Lynch, osteoplastische Operation)	2
30	5-212.2	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der inneren Nase, endonasal	2

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	47
2	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie	37
3	5-282	Operative Entfernung von Gaumen- und Rachenmandeln	27
4	5-195	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen	19
5	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	18
6	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	18
7	8-500	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandsstoffen (Tamponade)	18
8	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	16

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
9	1-242	Messung des Hörvermögens - Audiometrie	15
10	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	14
11	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	13
12	1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	11
13	5-221	Operation an der Kieferhöhle	10
14	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	9
15	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	5
16	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	4
17	5-294	Sonstige wiederherstellende Operation am Rachen	4
18	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	4
19	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	< 4
20	5-201	Entfernung eines Paukenröhrchens aus der Ohrtrompete	< 4
21	5-184	Operative Korrektur abstehender Ohren	< 4
22	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	< 4
23	8-561	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen	< 4
24	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	< 4
25	5-181	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	< 4
26	5-185	Operative Formung bzw. wiederherstellende Operation am äußeren Gehörgang	< 4
27	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	< 4
28	5-289	Sonstige Operation an Gaumen- bzw. Rachenmandeln	< 4
29	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	< 4
30	3-994	Computergestützte Darstellung von Körperstrukturen in Dreidimensionalität - Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	< 4

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	95
2	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	67
3	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	28
4	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	26
5	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	25
6	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	20
7	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	4
8	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	< 4
9	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	< 4
10	5-184	Operative Korrektur abstehender Ohren	< 4
11	5-259	Sonstige Operation an der Zunge	< 4
12	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	< 4

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

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)	
Anzahl in Personen:	2
Fälle je Anzahl:	130,5

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Schlafmedizin
2	Plastische Operationen
3	Allergologie

B-[5].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
38,5

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	2,21			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	2,19	**Ohne:**	0,02
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	2,21
			Fälle je Anzahl:	118,1

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN	
Gesamt:	0,77

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,77	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,77
			Fälle je Anzahl:	339,0

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,02			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,01	**Ohne:**	0,01
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,02
			Fälle je Anzahl:	13050,0

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

Gesamt:	0,14			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,14	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,14
			Fälle je Anzahl:	1864,3

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

Gesamt:	0,16			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,16	**Ohne:**	0
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0	**Stationär:**	0,16
			Fälle je Anzahl:	1631,3

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Diabetes

B-[5].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 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacherver Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	33	100
2	Herzschrittmacherver Aggregatwechsel (09/2)	10	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
3	Herzschrittmacherver Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	5	100
4	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	335	100
5	Geburtshilfe (16/1)	427	100
6	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	31	100
7	Mammachirurgie (18/1)	16	100
8	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	125	100
9	Hüftendoprothesenve (HEP)	189	99,5
10	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	179	99,4
11	Hüftendoprothesenve Hüft-Endoprothesenwechs und -komponentenwechsel (HEP_WE)	12	100
12	Knieendoprothesenve (KEP)	136	100
13	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	114	100
14	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesenwe und -komponentenwechse (KEP_WE)	24	100
15	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	190	100

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

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

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

1	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	**1103**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,8
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,74 % - 0,87 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**U32** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2	**Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**51191**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 8,82 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,07
	Referenzbereich	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,01 % - 1,13 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,39
	Grundgesamtheit	33

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

3	**Dauer der Operation**	
	Kennzahl-ID	**52128**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	81,82 %
	Vertrauensbereich	65,61 % - 91,39 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	86,95
	Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	86,71 % - 87,18 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	27
	Erwartete Ereignisse	33
	Grundgesamtheit	33
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

4	**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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. 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	
Ergebnis (Einheit)	98,41 %
Vertrauensbereich	94,4 % - 99,56 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,5
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	95,42 % - 95,57 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	124
Erwartete Ereignisse	126
Grundgesamtheit	126
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	**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 das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,32
	Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,24 % - 1,4 %
	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
6	**Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem**	
	Kennzahl-ID	**54140**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/. 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/eht150.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	89,57 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,9
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,77 % - 97,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	33
Erwartete Ereignisse	33
Grundgesamtheit	33
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

7	**Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte**
Kennzahl-ID	**54143**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. 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/eht150.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 10,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,84
Referenzbereich	= 10,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,77 % - 0,91 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	33
Grundgesamtheit	33
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8	**Komplikationen während oder aufgrund der Operation**	
	Kennzahl-ID	**1096**
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 27,75 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,12
	Referenzbereich	= 1,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,08 % - 0,19 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	10
	Grundgesamtheit	10
	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
9	**Dauer der Operation bis 45 Minuten**	
	Kennzahl-ID	**210**
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	72,25 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	94,62
Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	94,28 % - 94,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	10
Grundgesamtheit	10
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

10	**Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts**	
	Kennzahl-ID	**51398**
	Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 27,75 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,19
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,14 % - 0,27 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	10
Grundgesamtheit	10
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Kennzahl-ID	**52307**
Leistungsbereich	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. 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	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	90,11 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	97,03
Referenzbereich	>= 95,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,15 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	35
Erwartete Ereignisse	35
Grundgesamtheit	35
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	**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 das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 43,45 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,72
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,58 % - 0,89 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	5
	Grundgesamtheit	5
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

13	**Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**51404**
	Leistungsbereich	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 52,18 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,31
	Referenzbereich	= 9,00 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,14 % - 1,52 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,04
	Grundgesamtheit	5
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

14	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden	
	Kennzahl-ID	**52315**
	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 das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,98
	Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,78 % - 1,22 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	4
	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

15	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung	
	Kennzahl-ID	**10211**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	11,51
	Referenzbereich	= 20,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	11,03 % - 12,01 %
	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	**Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken**	
	Kennzahl-ID	**12874**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 7 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1,33
Referenzbereich	= 5,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	1,22 % - 1,45 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	51
Grundgesamtheit	51
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

17	**Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie bei Patientinnen ohne bösartigen Tumor, gutartige Wucherung der Gebärmutterschleimhaut oder Voroperation im umliegenden Operationsgebiet**
Kennzahl-ID	**51418**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 4,48 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,38
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,33 % - 0,43 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	82
Grundgesamtheit	82
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

18	**Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**
Kennzahl-ID	**51906**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,94
Referenzbereich	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,88 % - 1,01 %

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

19	**Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund nach Gewebeuntersuchung**
Kennzahl-ID	**51907**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	15,08
Referenzbereich	= 28,46 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	14,54 % - 15,64 %
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

20	**Blasenkatheter länger als 24 Stunden**	
	Kennzahl-ID	**52283**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	3,38 %
	Vertrauensbereich	1,45 % - 7,66 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	3,12
	Referenzbereich	= 6,85 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	3,02 % - 3,23 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	148
	Grundgesamtheit	148
	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	**Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren**	
	Kennzahl-ID	**52535**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	24,3
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	20,33 % - 28,77 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

22	**Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung**	
	Kennzahl-ID	**612**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	87,76 %
Vertrauensbereich	75,76 % - 94,27 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	91,03
Referenzbereich	>= 79,11 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	90,72 % - 91,33 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	43
Erwartete Ereignisse	49
Grundgesamtheit	49
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

23	**Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten**
Kennzahl-ID	**1058**
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 35,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,32
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,23 % - 0,45 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	7
Grundgesamtheit	7
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

24	**Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten**	
	Kennzahl-ID	**318**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,06
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,82 % - 96,29 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**H99** - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Anwendung einer Regel gemäß Empfehlung der Projektgruppe-Leitfaden.
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Es handelte sich um einen Einzelfall. Die schwangere Person wurde notfallmäßig mit dem Rettungsdienst bei akuter vorzeitiger Plazentalösung in der Frühgeburtlichkeit in unser Krankenhaus gebracht. Zwischen Eintreffen mit dem Rettungsdienst und der Maßnahme lagen 6 Minuten. Der Kinderarzt wurde umgehend informiert, benötigte aber verständlicherweise länger als 6 Minuten bis zum Eintreffen. Das Zuwarten auf einen Kinderarzt hätte also Gesundheit von Kind und Mutter gefährdet.

25	**Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)**
Kennzahl-ID	**321**
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 0,92 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,21
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,2 % - 0,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	413
Grundgesamtheit	413
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.

26	**Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)**
Kennzahl-ID	**330**
Leistungsbereich	Geburtshilfe
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,26
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,82 % - 96,66 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

27	**Vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts**	
	Kennzahl-ID	**50045**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	97,67 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	98,72
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,67 % - 98,77 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	161
	Erwartete Ereignisse	161
	Grundgesamtheit	161
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

28	**Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**51181**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,99
	Referenzbereich	= 2,09 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,96 % - 1,01 %
	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

29	**Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**51397**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 4,32 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,01
	Referenzbereich	Nicht definiert
	Vertrauensbereich	0,96 % - 1,06 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,88
	Grundgesamtheit	413
	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.

30	Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand	
	Kennzahl-ID	**51803**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	-
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,97
	Referenzbereich	= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,94 % - 0,99 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	3,19
	Grundgesamtheit	413
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

31	**Übersäuerung des Blutes bei Frühgeborenen (Einlingen) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**51831**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1
	Referenzbereich	= 5,02 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,9 % - 1,12 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**H20** - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Es handelte sich um eine Notfallsituation (Einzelfall). Die schwangere Person wurde notfallmäßig mit dem Rettungsdienst bei akuter vorzeitiger Plazentalösung in der Frühgeburtlichkeit in unser Krankenhaus gebracht. Dass das Neugeborene eine Azidose (Übersäuerung) erlitten hat, lag an der akuten Plazentalösung und folglich nicht im Einflussbereich des Krankenhauses.

32	**Kaiserschnittgeburten - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**52249**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	1,25
	Vertrauensbereich	1,11 % - 1,41 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,99
	Referenzbereich	= 1,27 (90. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 0,99 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	161
	Erwartete Ereignisse	128,42
	Grundgesamtheit	426

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33	**Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet**
Kennzahl-ID	**54030**
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	16,13 %
Vertrauensbereich	7,09 % - 32,63 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	19,66
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	19,34 % - 19,98 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	31
Grundgesamtheit	31
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**U32** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34	**Vorbeugende Gabe von Antibiotika**	
	Kennzahl-ID	**54031**
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	88,97 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	99,52
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	99,47 % - 99,58 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	31
	Erwartete Ereignisse	31
	Grundgesamtheit	31
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35	**Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**54033**
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1
Referenzbereich	= 2,27 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,02 %
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

36	**Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**54036**
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,83
Referenzbereich	= 4,30 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,76 % - 0,91 %
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

37	**Infektion der Operationswunde - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**
Kennzahl-ID	**54038**
Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	0 % - 19,11 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,92
Referenzbereich	= 3,14 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,83 % - 1,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,18
Grundgesamtheit	31
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38	**Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**54040**
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,87
	Referenzbereich	= 3,72 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,81 % - 0,95 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

41	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium	
	Kennzahl-ID	**2163**
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,12
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,06 % - 0,24 %
	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

42	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium und Behandlung unter Erhalt der Brust	
	Kennzahl-ID	**50719**
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	10,34
Referenzbereich	= 18,39 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	9,53 % - 11,21 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

43 Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage

Kennzahl-ID	**51370**
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Da eine Brustkrebsoperation keinen Notfall darstellt, ist Betroffenen ausreichend Zeit einzuräumen, um sich über die Krankheit und das entsprechende Behandlungskonzept zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess aktiv zu beteiligen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 48,99 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	6,33
Referenzbereich	= 24,15 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	6,14 % - 6,53 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	4
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44	**Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung**	
	Kennzahl-ID	**51846**
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	87,5 %
	Vertrauensbereich	52,91 % - 97,76 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	96,34
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	96,21 % - 96,48 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	8
	Grundgesamtheit	8
	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

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

46	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund	
	Kennzahl-ID	**52268**
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Dies wird in dem Indikator "Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden" berücksichtigt.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	13,62
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	13,36 % - 13,89 %
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.

47	**Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**
Kennzahl-ID	**52273**
Leistungsbereich	Operation an der Brust
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,99
Referenzbereich	Nicht definiert
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,01 %
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.

48	**Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Ultraschall kontrolliert)**	
	Kennzahl-ID	**52279**
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	90,71
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	90,32 % - 91,08 %
	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

49	**Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Röntgenstrahlen kontrolliert)**	
	Kennzahl-ID	**52330**
	Leistungsbereich	Operation an der Brust
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	98,52
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	98,34 % - 98,68 %
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

50	**Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**
Kennzahl-ID	**52009**
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,77
Vertrauensbereich	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,95
Referenzbereich	= 1,95 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,96 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	33
Erwartete Ereignisse	43,02
Grundgesamtheit	9973
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

51	**Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben**
Kennzahl-ID	**52010**
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 0,04 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,01
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	9973
Grundgesamtheit	9973
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	**Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks**	
	Kennzahl-ID	**54001**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	97,46 %
Vertrauensbereich	92,79 % - 99,13 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,54
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,45 % - 96,63 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	115
Erwartete Ereignisse	118
Grundgesamtheit	118
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

53	**Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile**	
	Kennzahl-ID	**54002**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	91,67 %
Vertrauensbereich	64,61 % - 98,51 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	93,02
Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	92,71 % - 93,32 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	12
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	eingeschränkt/nicht vergleichbar

54	**Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet**
Kennzahl-ID	**54003**
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	13,56 %
Vertrauensbereich	7,03 % - 24,54 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	17,46
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	17,15 % - 17,78 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	59
Grundgesamtheit	59
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55	**Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden**	
	Kennzahl-ID	**54004**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	97,4 %
	Vertrauensbereich	93,51 % - 98,99 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	92,87
	Referenzbereich	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	92,75 % - 92,99 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	150
Erwartete Ereignisse	154
Grundgesamtheit	154
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

56	**Vorbeugende Gabe von Antibiotika**	
	Kennzahl-ID	**54005**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	98,01 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	99,79
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	99,77 % - 99,81 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	189
	Erwartete Ereignisse	189
	Grundgesamtheit	189
	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

57	**Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus**	
	Kennzahl-ID	**54010**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Vertrauensbereich	96,85 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	97,98
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,91 % - 98,04 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	118
	Erwartete Ereignisse	118
	Grundgesamtheit	118
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

58	**Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**54012**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,1
Vertrauensbereich	0,67 % - 1,75 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,91
Referenzbereich	= 2,15 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,89 % - 0,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	13,69
Grundgesamtheit	173
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

59	**Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben**
Kennzahl-ID	**54013**
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wird für alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesenimplantation die jeweils erwartete Sterbewahrscheinlichkeit berechnet. Unter den verstorbenen Patientinnen und Patienten werden die 10 % mit der geringsten Sterbewahrscheinlichkeit ermittelt und als Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit" festgelegt. Dieser Indikator bezieht sich ausschließlich auf Todesfälle bei diesen Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 2,81 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	0,2
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	133
Grundgesamtheit	133
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

60	**Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet**
Kennzahl-ID	**54015**
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	8,47 %
Vertrauensbereich	3,67 % - 18,35 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	11,53
Referenzbereich	= 25,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,27 % - 11,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	59
Grundgesamtheit	59
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61	**Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen**
Kennzahl-ID	**54016**
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,77
	Referenzbereich	= 6,35 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,71 % - 1,83 %
	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

62	**Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten**	
	Kennzahl-ID	**54017**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	6,16
	Referenzbereich	= 19,17 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	5,87 % - 6,46 %
	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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	4,42
Referenzbereich	= 11,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	4,26 % - 4,59 %
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

64	**Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen**	
	Kennzahl-ID	**54019**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	3,39 %
Vertrauensbereich	1,33 % - 8,39 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	2,37
Referenzbereich	= 8,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	2,3 % - 2,44 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	118
Grundgesamtheit	118
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65	**Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten**	
	Kennzahl-ID	**54120**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	10,19
Referenzbereich	= 23,95 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	9,83 % - 10,56 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	**U32** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

66	**Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks**	
	Kennzahl-ID	**54020**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	99,12 %
Vertrauensbereich	95,2 % - 99,84 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	97,43
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,34 % - 97,51 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	113
Erwartete Ereignisse	114
Grundgesamtheit	114
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

67	**Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks**	
	Kennzahl-ID	**54021**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	94,25
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	93,91 % - 94,57 %
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.

68	**Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile**
Kennzahl-ID	**54022**
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	87,5 %
	Vertrauensbereich	69 % - 95,66 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	91,02
	Referenzbereich	>= 86,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	90,6 % - 91,43 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	21
	Erwartete Ereignisse	24
	Grundgesamtheit	24
	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

69	**Vorbeugende Gabe von Antibiotika**	
	Kennzahl-ID	**54023**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Vertrauensbereich	97,29 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	99,75
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	99,73 % - 99,77 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	138
Erwartete Ereignisse	138
Grundgesamtheit	138
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

70	**Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus**
Kennzahl-ID	**54026**
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	94,74 %
Vertrauensbereich	88,99 % - 97,57 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	92,03
Referenzbereich	>= 80,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	91,9 % - 92,16 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	108
Erwartete Ereignisse	114
Grundgesamtheit	114

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

71	**Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**	
	Kennzahl-ID	**54028**
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Vertrauensbereich	0 % - 3,36 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,72
	Referenzbereich	= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,67 % - 0,76 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	1,11
	Grundgesamtheit	134
	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

72	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
	Kennzahl-ID	**2005**
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	97,37 %
	Vertrauensbereich	93,99 % - 98,87 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	98,33
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	98,28 % - 98,37 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	185
	Erwartete Ereignisse	190
	Grundgesamtheit	190
	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	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	
	Kennzahl-ID	**2009**
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	95,71 %
	Vertrauensbereich	91,4 % - 97,9 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	95,74
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	95,65 % - 95,82 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	156
	Erwartete Ereignisse	163
	Grundgesamtheit	163
	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	**Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben**	
	Kennzahl-ID	**2012**
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	95,45 %
	Vertrauensbereich	78,2 % - 99,19 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	97,3
	Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	97,14 % - 97,45 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	21
	Erwartete Ereignisse	22
	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

75	**Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben**	
	Kennzahl-ID	**2013**
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	95,51 %
	Vertrauensbereich	89,01 % - 98,24 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	93,63
	Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
	Vertrauensbereich	93,5 % - 93,76 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	85
	Erwartete Ereignisse	89
	Grundgesamtheit	89
	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	**Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung**	
	Kennzahl-ID	**2028**
	Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	96,88 %
Vertrauensbereich	91,21 % - 98,93 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	95,88
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	95,79 % - 95,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	93
Erwartete Ereignisse	96
Grundgesamtheit	96
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	**Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus**
Kennzahl-ID	**50722**
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	97,28 %
Vertrauensbereich	93,8 % - 98,83 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	96,32
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,25 % - 96,39 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	179
Erwartete Ereignisse	184
Grundgesamtheit	184
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

78	**Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt**
Kennzahl-ID	**50778**
Leistungsbereich	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,92
Vertrauensbereich	0,62 % - 1,33 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	1
Referenzbereich	= 1,56 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	25,02
Grundgesamtheit	190
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	Koronare Herzkrankheit (KHK)
	Mit der Teilnahme verpflichtet sich das Evangelische Krankenhaus Mettmann zur Bereitstellung einer festgelegten Qualität bei der apparativen und personellen Ausstattung, aber auch im Hinblick auf die regelmäßige Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich:	Gemeinsam mit der Abteilung für Gastroenterologie nimmt die viszeralchirurgische Abteilung am Benchmarking Darmzentren WDC teil.
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Es werden insgesamt 16 Qualitätsindikatoren bzgl. des Dickdarm- und Mastdarmkrebses gebildet, anhand derer ein Vergleich mit ca. 100 Kliniken in Deutschland durchgeführt wird.

Ergebnis:	Die Ergebnisse erlauben uns Rückschlüsse auf Verbesserungspotentiale.
Messzeitraum:	
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	

Leistungsbereich:	Freiwillige Teilnahme am QSR-Benchmark des Krankenhauszweckverband Rheinland e.V. und des Clinotel Verbundes
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Erfassung vielfältiger Qualitätsindikatoren in verschiedenen Leistungsbereichen, anhand derer die Mitglieder miteinander verglichen werden können.
Ergebnis:	Die Ergebnisse helfen uns dabei, Rückschlüsse auf Verbesserungspotentiale zu ziehen.
Messzeitraum:	
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	http://www.aekno.de/page.asp?pageID=5241

Leistungsbereich:	Wir nehmen im Rahmen unserer Schlaganfallversorgung an der Qualitätssicherung der Ärztekammer Nordrhein teil.
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Es werden verschiedene Qualitätsindikatoren zum akuten Schlaganfall erfasst. So wird ein zeitlicher Vergleich und ein anonymisiertes Benchmarking mit den teilnehmenden Kliniken ermöglicht.
Ergebnis:	Die Teilnahme unterstützt uns bei der kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität.
Messzeitraum:	
Datenerhebung:	
Rechenregeln:	
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	http://www.aekno.de/page.asp?pageID=5241

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

	LEISTUNGSBEREICH	MINDESTMENGE	ERBRACHTE MENGE (IM BERICHTSJAHR)	AUSNAHMETATBEST
1	Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	123	MM05 - Kein Ausnahmetatbestand
2	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	9	MM02 - Aufbau eines neuen Leistungsbereiches

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

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	28
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	28
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	28

* 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).