

# Strukturierter Qualitätsbericht

für das Berichtsjahr 2017 | Krankenhaus Elbroich  
gemäß §137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 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 .....	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers .....	5
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	5
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	7
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit .....	8
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	10
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	10
A-10 Gesamtfallzahlen .....	10
A-11 Personal des Krankenhauses .....	10
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	12
A-13 Besondere apparative Ausstattung .....	21
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....	22
B-[1] Klinik für Geriatrie .....	22
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	22
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel .....	22
B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Cheförztnin .....	22
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	22
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	23

B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	23
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	23
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	23
B-[1].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	24
B-[1].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	25
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	26
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	27
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	28
B-[1].11	Personelle Ausstattung .....	28
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	28
B-[1].11.2	Pflegepersonal .....	28
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	30
B-[2]	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik .....	30
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	30
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel .....	30
B-[2].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin .....	30
B-[2].1.3	Weitere Zugänge .....	31
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	31
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	31
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung .....	31
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	32
B-[2].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe .....	32
B-[2].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe .....	33
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	34
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe .....	36
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	36

B-[2].11	Personelle Ausstattung .....	37
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	37
B-[2].11.2	Pflegepersonal .....	38
B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	39
C	Qualitätssicherung .....	39
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 40 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	58
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	58
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.59 2 SGB V .....	
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 59 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	

## Vorwort

**Ab heute liegt Ihnen der Qualitätsbericht über das Krankenhaus Elbroich aus dem Jahre 2017 vor.**

**Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, regelmäßig Fakten und Daten Ihrer Arbeit offen darzulegen.**

**Hier wird das Ziel verfolgt, den Menschen die Möglichkeit zu geben, sich Informationen einzuholen, die ihnen u.a. die Wahl eines Krankenhauses erleichtern sollen.**

**Wir vermitteln Ihnen ein klares Bild über die Leistung und Qualität.**

**Seit 2004 lebt das Krankenhaus Elbroich eine konsequente und zielgerichtete Qualitätspolitik, die die Grundlage unseres Qualitätsmanagements ist und in den Folgejahren zu einer durchgängigen Zertifizierung nach der DIN EN ISO 9001 geführt hat.**

**Unsere Qualitätspolitik fördert und unterstützt die Optimierung von effizienten Untersuchungs- Behandlungs- und Therapieabläufen bei den zunehmend sehr komplexen Leistungselementen der Krankenversorgung.**

**Seit 2015 führt das Krankenhaus Elbroich zudem ein Risikomanagement nach gesetzlicher Vorgabe des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Wir verfolgen das Ziel, vermeidbare Fehler im Vorfeld auszuschließen sowie Komplikationen zu verhindern. Dies wird in Form eines Fehlermanagements sowie dem Critical Incidence Reporting System (CIRS), also dem**

vorbeugenden Melden von "Beinahe-Fehlern" und weiteren präventiven Maßnahmen umgesetzt.

**Das Krankenhaus Elbroich pflegt die Umsetzung der aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Entwicklungen bei der Diagnostik, sowie der Behandlung.**

**Unsere Basis hierzu ist die persönliche Zuwendung zum Patienten und die daraus resultierende Betreuung.**

**Wir danken allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich rund um die Uhr einbringen, um eine bestmögliche medizinische, pflegerische und therapeutische Leistung zu erbringen.**

## Einleitung

### Verantwortliche:

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

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

### Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	<a href="http://www.krankenhaus-elbroich.de">http://www.krankenhaus-elbroich.de</a>
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	<a href="http://www.vkkd-kliniken.de">http://www.vkkd-kliniken.de</a>

## Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	<a href="https://www.krankenhaus-elbroich.de/behandlungsangebote/kliniken/tagesklinik/">https://www.krankenhaus-elbroich.de/behandlungsangebote/kliniken/tagesklinik/</a>	Tagesklinik - teilstationäre psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung
2	<a href="http://www.3m-drq.de">www.3m-drq.de</a>	3M Qualitätsbericht, Version 2018.1.0 (Release 18.06.2018)

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

### A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0200	Klinik für Geriatrie
2	Hauptabteilung	2951	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Krankenhaus Mörsenbroich Rath GmbH / Krankenhaus Elbroich
PLZ:	40472
Ort:	Düsseldorf
Straße:	Amalienstr.
Hausnummer:	9
IK-Nummer:	260511805
Standort-Nummer:	3
Krankenhaus-URL:	<a href="http://www.vkkd-kliniken.de">http://www.vkkd-kliniken.de</a>

#### A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Krankenhaus Elbroich
PLZ:	40589
Ort:	Düsseldorf
Straße:	Am Falder
Hausnummer:	6
IK-Nummer:	260511805

Standort-Nummer:	3
E-Mail:	info@krankenhaus-elbroich.de
Standort-URL:	<a href="http://www.vkkd-kliniken.de">http://www.vkkd-kliniken.de</a>

## A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Herr B.A. Holger Goetze-Koch, Pflegedienstleiter
Telefon:	0211 7560 150
Fax:	0211 7560 161
E-Mail:	goetze-koch@vkkd-kliniken.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Theodor Königshausen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0211 9043 592
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	koenigshausen@vkkd-kliniken.de

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

### Leitung des Standorts:

Standort:	Krankenhaus Elbroich
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Herr B. A. Holger Goetze-Koch, Pflegedienstleiter
Telefon:	0211 7560 150
Fax:	0211 7560 151
E-Mail:	goetze-koch@vkkd-kliniken.de

Standort:	Krankenhaus Elbroich
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Theodor Königshausen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0211 9043 592
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	koenigshausen@vkkd-kliniken.de

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

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

### Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Akademisches Lehrkrankenhaus

### Name der Universität:

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

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein
--	------

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>Eigenübungen Erhalt des Therapie- und Operationserfolges. Hilfsmittelberatung, Beratung Aufnahme Sportaktivitäten, Feldenkreis, Yoga, Shiatsu.</i>
2	Wundmanagement <i>Zertifizierte Wundmanager werden bei Bedarf hinzugezogen.</i>
3	Wärme- und Kälteanwendungen <i>Die Wärmebehandlung findet im Rahmen der physikalischen Therapie statt. Bitte informieren Sie sich über die Physikalische Therapiemöglichkeiten.</i>
4	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Stationäre Interdisziplinäre Diabetesbetreuung durch das Westdeutsche DiabetesZentrum (WDGZ)</i>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
5	<p>Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen</p> <p><i>Familiale Pflege. Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Informationen auf den Stationen. Spezielle Veranstaltungen für Patienten und Angehörige entnehmen Sie bitte der Tagespresse oder unserer Internetseite. Beratung zur Sturzprophylaxe.</i></p>
6	Musiktherapie
7	<p>Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung</p> <p><i>Ein Angebot der stationären und der teilstationären Behandlung.</i></p>
8	<p>Sozialdienst</p> <p><i>Die jeweilige Stationsleitung oder Pforte (09) stellt gerne den Kontakt zum Sozialdienst her.</i></p>
9	<p>Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit</p> <p><i>Die Termine für die Vorträge und Informationsveranstaltungen entnehmen Sie bitte unserer Internetseite oder der Tagespresse.</i></p>
10	<p>Schmerztherapie/-management</p> <p><i>Schmerzlinderung und Entspannung. Bitte informieren Sie sich auf unserer Internetseite.</i></p>
11	<p>Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege</p> <p><i>Die Zusammenarbeit mit den stationäre Pflegeeinrichtungen organisiert der Sozialdienst.</i></p>
12	Atemgymnastik/-therapie
13	<p>Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare</p> <p><i>Familiale Pflege. Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Informationen auf den jeweiligen Stationen.</i></p>
14	Basale Stimulation
15	<p>Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)</p> <p><i>Bobath für Erwachsene.</i></p>
16	Ergotherapie/Arbeitstherapie
17	<p>Manuelle Lymphdrainage</p> <p><i>Lymphdrainage und Entstauungstherapie. Anpassen eines Strumpfes für Arme oder Beine bei medizinische Indikation.</i></p>
18	<p>Massage</p> <p><i>Im Rahmen der Physiotherapie bieten wir klassische Massage, speziell Bindegewebs- und Colonmassage.</i></p>
19	<p>Physikalische Therapie/Bädertherapie</p> <p><i>Heiße Rolle, Rotlicht, Fango, Kryotherapie. und Elektrotherapie.</i></p>
20	<p>Diät- und Ernährungsberatung</p> <p><i>Wenn Ihnen eine spezielle Diät verordnet wurde, helfen Ihnen unsere Diätassistentinnen gerne bei der Aufstellung Ihres individuellen Speiseplans.</i></p>
21	<p>Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie</p> <p><i>Krankengymnastik auf neurophysiologischer Basis, Krankengymnastik am Gerät / med. Trainingstherapie.</i></p>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
22	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <i>Der Sozialdienst berät Sie gern, wenn Sie entlassen werden sollen und die häusliche Versorgung nicht gesichert ist.</i>
23	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie,</i>
24	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) <i>Im Rahmen der Krankengymnastik tiefensensorisches Training.</i>
25	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen <i>Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.), Schlucktherapie.</i>
26	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Auch Schlucktherapie.</i>
27	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung <i>Wir beraten Sie u.a. bei Blasenschwäche und Beckenbodentraining.</i>
28	Kinästhetik <i>Die Lehre von der Bewegungsempfindung. Qualifizierte Therapeuten trainieren den Patienten mit individuell abgestimmten Maßnahmen.</i>

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Bitte entnehmen Sie die Termine der Veranstaltungen der Tagespresse oder unserer Internetseite.</i> <a href="https://www.krankenhaus-elbroich.de/aktuelles/">https://www.krankenhaus-elbroich.de/aktuelles/</a>
2	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>Fernsehen wird Ihnen in fast allen Zimmern kostenlos zur Verfügung gestellt. In den Aufenthaltsräumen Ihrer jeweiligen Station finden Sie ebenfalls Fernseher und Radio.</i>
3	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum <i>Gemeinschaft- und Aufenthaltsräume befinden sich auf den Stationen</i>
4	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Vorhanden.</i>
5	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Angehörige durch unsere ehrenamtlichen Mitarbeiter.</i>
6	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)  <i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Spezielle Angebote für islamische oder jüdische Bekenntnisse</i>
7	Ein-Bett-Zimmer  <i>Vorhanden.</i>
8	Andachtsraum  <i>Unsere Kapelle steht Ihnen jederzeit für stille Momente zur Verfügung.</i>
9	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
10	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer  <i>Sie sollten auf keinen Fall Geld oder Wertgegenstände in Ihrem Nachttisch aufbewahren</i>
11	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)  <i>Die Mitarbeiter der Patientenaufnahme informieren Sie gerne und schließen die entsprechenden Vereinbarungen mit Ihnen ab. Eine Voranmeldung ist unbedingt notwendig.</i>
12	Telefon am Bett  <i>Kosten pro Tag: 1 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,12 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €  Wahlleistungspatienten zahlen keine Grundgebühr</i>
13	Zwei-Bett-Zimmer  <i>Vorhanden.</i>
14	Seelsorge  <i>Mit Herz und Seele für Sie da, Ihr Seelsorge-Team im Krankenhaus Elbroich: Pfarrer Albert Forst als katholischer Pfarrer und Frau Heiligtag für die Krankenkommunion</i>  <a href="https://www.vkhd-kliniken.de/vkhd/krankenhaus-seelsorge/">https://www.vkhd-kliniken.de/vkhd/krankenhaus-seelsorge/</a>
15	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen  <i>Max. Kosten pro Stunde: 0 € Max. Kosten pro Tag: 0 €  Kostenlose Parkmöglichkeiten befinden sich am Eingang der Parkanlage</i>
16	Hotelleistungen

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
2	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>Polnisch, türkisch, arabisch, russisch, englisch, rumänisch und philippinisch, serbisch.</i>
3	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter <i>Patientenlifter und übergroße Betten.</i>
4	Diätetische Angebote <i>Gerne helfen Ihnen unsere Diätassistentinnen bei der Auswahl der Speisen.</i>
5	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) <i>Werden bei Bedarf zur Verfügung gestellt.</i>
6	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
7	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe <i>Sind vorhanden und werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
8	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug <i>Die Aufzüge sind auch vom Rollstuhl aus bedienbar.</i>
9	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen <i>Barrierefreier Zugang zu allen Einrichtungen im Krankenhaus Elbroich.</i>
10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen <i>Sowohl im Eingangsbereich, als auch auf den Stationen stehen rollstuhlgerechte Toiletten zur Verfügung.</i>
11	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten <i>Sind vorhanden und werden bei Bedarf eingesetzt.</i>
12	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
13	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung <i>Die Aufzüge haben eine Braille-Beschriftung. Zur sicheren Benutzung gibt es Lichtsignale.</i>
14	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
15	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus <i>Das Informationsmaterial über das Krankenhaus ist auch in russischer Sprache vorhanden.</i>
16	Arbeit mit Piktogrammen
17	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden <i>Raum der Stille (Kapelle)</i>
18	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
19	Besondere personelle Unterstützung <i>Geriatric-Zercur</i>

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

	AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN
1	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
2	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
3	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
4	Doktorandenbetreuung

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

	AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
2	Ergotherapeut und Ergotherapeutin
3	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 125

## A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	1149
Teilstationäre Fallzahl:	161
Ambulante Fallzahl:	253

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

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

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	16,97	16,56	0,41	0,00	16,97
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	11,53	11,12	0,41	0,00	11,53
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	2,45	2,45	0,00	0,00	2,45
- davon Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1,45	1,45	0,00	0,00	1,45

**Abkürzungen:**

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

## A-11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL / OHNE FA-ZUORDNUNG	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	22,86 1,00	22,86 1,00	0,00 0,00	0,00 0,00	22,86 1,00
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	30,85 0,00	30,55 0,00	0,30 0,00	0,00 0,00	30,85 0,00
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	1,69 0,00	1,69 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	1,69 0,00
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	8,76 0,00	8,76 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	8,76 0,00
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	4,77 0,00	4,77 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	4,77 0,00

**Abkürzungen:**

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

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	1,59	1,59	0,00	0,00	1,59

**Abkürzungen:**

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

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.
Ergotherapeut und Ergotherapeutin	6,78	6,78	0,00	0,00	6,78
Heilpraktiker und Heilpraktikerin	0,40	0,40	0,00	0,00	0,40
Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	1,43	1,43	0,00	0,00	1,43
Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	0,22	0,22	0,00	0,00	0,22
Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	0,76	0,76	0,00	0,00	0,76
Musiktherapeut und Musiktherapeutin	0,36	0,36	0,00	0,00	0,36
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	5,13	5,13	0,00	0,00	5,13
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	0,57	0,57	0,00	0,00	0,57
Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	0,73	0,73	0,00	0,00	0,73
Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	3,30	3,30	0,00	0,00	3,30
Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	10,34	10,34	0,00	0,00	10,34

### Abkürzungen:

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

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

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

### A-12.1.2 Lenkungsremium

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

Ja

#### Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:

Lenkungsgruppe: Geschäftsführung, Pflegedienstleitung, Ärztliche Direktion, Qualitätsmanagement  
CIRS-Team: Verwaltung, Medizin, Pflege.

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

### A-12.2.2 Lenkungsremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

#### Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:

Lenkungsgruppe: Geschäftsführung, Pflegedienstleitung, Ärztliche Direktion, Qualitätsmanagement  
CIRS-Team: Verwaltung, Medizin, Pflege.

Tagungsfrequenz des Gremiums:

monatlich

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	<p>Klinisches Notfallmanagement</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA - Klinisches Notfallmanagement</i> <i>Letzte Aktualisierung: 30.01.2017</i></p>
2	<p>Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umgang nach Medizinproduktegesetz (MPG) und Medizinproduktebetrieberverordnung (MPBetreibVer)</i> <i>Letzte Aktualisierung: 11.07.2017</i></p>

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
3	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA - Qualitäts- und Risikomanagement</i> <i>Letzte Aktualisierung: 11.07.2017</i>
4	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA - Fixation</i> <i>Letzte Aktualisierung: 11.06.2013</i>
5	Entlassungsmanagement  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA - Entlassungsmanagement</i> <i>Letzte Aktualisierung: 01.10.2017</i>
6	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA - Dekubitusprophylaxe</i> <i>Letzte Aktualisierung: 19.02.2016</i>
7	Sturzprophylaxe  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA- Sturzprophylaxe</i> <i>Letzte Aktualisierung: 15.12.2016</i>
8	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA - Unit-Dose-Versorgung VKKD</i> <i>Letzte Aktualisierung: 13.04.2017</i>
9	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
10	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
11	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
12	Schmerzmanagement  <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: S-Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen</i> <i>Letzte Aktualisierung: 28.09.2017</i>

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

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

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?

Ja

#### Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: halbjährlich</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: monatlich</i>
3	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 02.05.2018</i>

#### Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:

monatlich

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:

Szenario-Analyse, Team-Time-Out

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

#### Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:

Ja

#### Genutzte Systeme:

	BEZEICHNUNG
1	CIRS NRW (Ärztckammern Nordrheiu und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrheiu-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrheiu und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

## Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

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

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	2 <sup>1)</sup>
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1
Hygienefachkräfte (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	5

<sup>1)</sup> 2 Krankenhaustygieniker für 4 Häuser (KMR)

### A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

### Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Theodor Königshausen, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0211 9043 592
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	koenigshausen@vkkd-kliniken.de

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

### Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl:  Ja

#### Der Standard thematisiert insbesondere:

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

#### Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

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

Auswahl:  Ja

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

Auswahl:  Ja

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

Auswahl:  Ja

### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION	A
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja

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

### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor:

Auswahl:  Trifft nicht zu

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

### Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl:  Ja

### Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl:  Ja

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	16
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Keine Intensivstation vorhanden

### 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 ( <a href="http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html">www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html</a> ).	Ja

### Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Zertifikat Bronze</i>
2	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen <i>monatlich für neue Mitarbeiter, mehrmals jährlich und bei Bedarf</i>
3	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen <i>VARIA-KISS(siehe unten)</i>
4	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: MRE-Netzwerk Düsseldorf</i>
5	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten <i>Im Rahmen der jährlichen Audits und Validierung der Geräte.</i>

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

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

### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt. <i>VA-Beschwerdemanagement</i>	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja

LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT		ERFÜLLT?
<i>VA-Beschwerdemanagement</i>		
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
<i>VA-Beschwerdemanagement</i>		
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
<i>VA-Beschwerdemanagement</i>		
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
<i>VA-Beschwerdemanagement</i>		
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden <i>Briefkästen auf der Station</i>	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Nein

### Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

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

### Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Frau Hildegard Heiligtag, Patientenfürsprecherin
Telefon:	0211 7560 100
Fax:	0211 7560 0
E-Mail:	info@vkkd-kliniken.de

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein
<i>Hirnstrommessung</i>			

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
2	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	

*Transcranielle Dopplersonographie ist ein Ultraschallmeßgerät der Hirngefäße. Notfalldiagnostik z. B. bei Schlaganfall, unklarer Bewußtlosigkeit, Synkope.*

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

### B-[1] Klinik für Geriatrie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Geriatrie
Straße:	Am Falder
Hausnummer:	6
PLZ:	40589
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.vkkd-kliniken.de">http://www.vkkd-kliniken.de</a>

#### B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0200) Geriatrie

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

Name/Funktion:	Herr Dr. med. Frank Richert, Chefarzt
Telefon:	0211 7560 201
Fax:	0211 7560 209
E-Mail:	info@vkkd-kliniken.de

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Palliativmedizin <i>geriatrische Palliativmedizin</i>
2	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen <i>Akut-geriatrischen Erkrankungen</i>
3	Spezialsprechstunde <i>Zertifizierte Beratungsstelle der Deutschen Gesellschaft für Kontinenz e.V.</i>

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Arbeit mit Piktogrammen
2	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE
3	Besondere personelle Unterstützung

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

Vollstationäre Fallzahl:	690
Teilstationäre Fallzahl:	0

## B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	158
2	M96.88	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	63
3	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	24
4	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	24

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	15
6	I67.3	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	13
7	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	10
8	S32.1	Fraktur des Os sacrum	10
9	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	8
10	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	8
11	F05.1	Delir bei Demenz	7
12	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	7
13	S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12	7
14	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	7
15	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	7
16	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	7
17	F05.8	Sonstige Formen des Delirs	6
18	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	6
19	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	5
20	S32.4	Fraktur des Acetabulums	5
21	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	5
22	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	5
23	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	4
24	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	4
25	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	4
26	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	4
27	M48.00	Spinal(kanal)stenose: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule	4
28	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	< 4
29	S22.00	Fraktur eines Brustwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet	< 4
30	G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	158
2	M96	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert	65

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	S72	Fraktur des Femurs	62
4	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	27
5	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	24
6	I50	Herzinsuffizienz	20
7	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	17
8	I63	Hirnfarkt	16
9	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	15
10	I67	Sonstige zerebrovaskuläre Krankheiten	14

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	158
2	M96.8	Elektiv offen belassenes Sternum nach thoraxchirurgischem Eingriff	63
3	S72.0	Schenkelhalsfraktur	26
4	S72.1	Femurfraktur: Intertrochantär	25
5	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	24
6	M48.0	Spinal(kanal)stenose	13
7	I67.3	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	13
8	I50.1	Linksherzinsuffizienz	12
9	S22.0	Fraktur eines Brustwirbels	12
10	S32.1	Fraktur des Os sacrum	10
11	I50.0	Primäre Rechtsherzinsuffizienz	8
12	G20.1	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung	8
13	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	8
14	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	7
15	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	7
16	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	7

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
17	F05.1	Delir bei Demenz	7
18	F05.8	Sonstige Formen des Delirs	6
19	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	6
20	S82.8	Bimalleolarfraktur	5
21	S22.4	Rippenserienfraktur	5
22	S32.4	Fraktur des Acetabulums	5
23	K57.2	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	5
24	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	5
25	S72.3	Fraktur des Femurschaftes	5
26	I11.0	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	4
27	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	4
28	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	4
29	J44.0	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege	4
30	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	4

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	467
2	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	231
3	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	145
4	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	141
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	106
6	1-206	Neurographie	62
7	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	60
8	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	54
9	9-200.6	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 130 bis 158 Aufwandspunkte	40

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	9-200.5	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 101 bis 129 Aufwandspunkte	38
11	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	34
12	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	31
13	9-200.7	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 159 bis 187 Aufwandspunkte	26
14	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	25
15	8-561.1	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Funktionsorientierte physikalische Monotherapie	23
16	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	22
17	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	16
18	9-200.8	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 188 bis 216 Aufwandspunkte	14
19	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	11
20	9-200.9	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 217 bis 245 Aufwandspunkte	11
21	8-561.2	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Kombinierte funktionsorientierte physikalische Therapie	11
22	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	10
23	9-200.02	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 57 bis 71 Aufwandspunkte	10
24	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	10
25	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	9
26	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	9
27	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	9
28	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	8
29	3-202	Native Computertomographie des Thorax	6
30	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	6

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	672
2	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	183

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	8-561	Funktionsorientierte physikalische Therapie	34

## B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ANGEBOT DER GERIATRISCHEN NACHSTATIONÄRE BETREUUNG
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

## B-[1].11 Personelle Ausstattung

### B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	7,16	6,75	0,41	0,00	7,16	96,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,70	4,29	0,41	0,00	4,70	146,8

**Abkürzungen:**

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

### B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

### B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Geriatric Verkehrsmedizin
2	Palliativmedizin
3	Physikalische Therapie und Balneologie

## B-[1].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	10,32	10,32	0,00	0,00	10,32	66,9
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	15,17	15,17	0,00	0,00	15,17	45,5
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,36	0,36	0,00	0,00	0,36	1916,7
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,91	2,91	0,00	0,00	2,91	237,1
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,40	0,40	0,00	0,00	0,40	1725,0

### Abkürzungen:

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Palliative Care
2	Qualitätsmanagement
3	Dekubitusmanagement
4	Entlassungsmanagement
5	Ernährungsmanagement

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
6	Kinästhetik
7	Basale Stimulation
8	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
9	Geriatric <i>z. B. Zercur</i>

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

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

**Abkürzungen:**

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

## B-[2] Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Straße:	Am Falder
Hausnummer:	6
PLZ:	40589
Ort:	Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.krankenhaus-elbroich.de">http://www.krankenhaus-elbroich.de</a>

#### B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2955) Allg. Psychiatrie/Schwerp. Gerontopsych./Tagesklinik
2	(2951) Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie

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

Name/Funktion:	Herr Prof. Dr. med. Nikolaus Michael, Chefarzt
Telefon:	0211 7560 301
Fax:	0211 7560 309
E-Mail:	baerbel.haider@vkkd-kliniken.de

## B-[2].1.3 Weitere Zugänge

Adresse:	Hohensandweg 37
PLZ/Ort:	40591 Düsseldorf
URL:	<a href="http://www.vkkd-kliniken.de">http://www.vkkd-kliniken.de</a>

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

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
2	Psychosomatische Komplexbehandlung
3	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
4	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
5	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
6	Psychosomatische Tagesklinik
7	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
8	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
9	Psychiatrische Tagesklinik
10	Privatsprechstunde
11	Psychoonkologie
12	Diagnostik und Therapie von psychiatrischen Störungen.

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

Vollstationäre Fallzahl:	459
Teilstationäre Fallzahl:	161

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F05.1	Delir bei Demenz	148
2	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	117
3	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	93
4	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	15
5	F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	14
6	F05.0	Delir ohne Demenz	13
7	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	8
8	F20.0	Paranoide Schizophrenie	8
9	F06.2	Organische wahnhaft [schizophreniforme] Störung	7
10	F06.3	Organische affektive Störungen	7
11	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	6
12	F22.0	Wahnhaftige Störung	5
13	F31.6	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode	4
14	F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	< 4
15	F06.0	Organische Halluzinose	< 4
16	F31.5	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	< 4
17	F05.8	Sonstige Formen des Delirs	< 4
18	F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	< 4
19	F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	< 4
20	G31.82	Lewy-Körper-Krankheit	< 4
21	G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	163
2	F33	Rezidivierende depressive Störung	133
3	F32	Depressive Episode	101
4	F31	Bipolare affektive Störung	23
5	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	17
6	F20	Schizophrenie	8
7	F25	Schizoaffektive Störungen	7
8	F22	Anhaltende wahnhaftige Störungen	5
9	G30	Alzheimer-Krankheit	< 4
10	G31	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	F05.1	Delir bei Demenz	148
2	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	117
3	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	93
4	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	15
5	F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	14
6	F05.0	Delir ohne Demenz	13
7	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	8
8	F20.0	Paranoide Schizophrenie	8
9	F06.2	Organische wahnhaftige [schizophreniforme] Störung	7
10	F06.3	Organische affektive Störungen	7

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
11	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	6
12	F22.0	Wahnhafte Störung	5
13	F31.6	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode	4
14	F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	< 4
15	F06.0	Organische Halluzinose	< 4
16	F05.8	Sonstige Formen des Delirs	< 4
17	F31.5	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	< 4
18	F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	< 4
19	G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	< 4
20	F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	< 4
21	G31.8	Lewy-Körper-Krankheit	< 4

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-649.80	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	1791
2	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	1097
3	9-649.61	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	874
4	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	872
5	9-649.60	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	826
6	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	781
7	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	717

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	9-649.62	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	714
9	9-649.70	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: 1 Therapieeinheit pro Woche	682
10	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	672
11	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	651
12	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	510
13	9-649.63	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	491
14	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	490
15	9-982.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie: Behandlungsbereich G1 (Regelbehandlung)	466
16	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	409
17	9-649.71	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	372
18	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	351
19	9-649.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	300
20	9-649.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	256
21	9-649.64	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 4 bis 5 Therapieeinheiten pro Woche	255
22	3-200	Native Computertomographie des Schädels	250
23	9-649.54	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche	187

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	186
25	9-649.14	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche	181
26	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	167
27	9-649.65	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 5 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	138
28	9-649.72	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	122
29	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	119
30	9-980.5	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A6 (Tagesklinische Behandlung)	112

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	14683
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	651
3	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie	569
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	365
5	3-200	Native Computertomographie des Schädels	250
6	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	167
7	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie	140
8	8-630	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]	48
9	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	37
10	1-206	Neurographie	33

## B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	TAGESKLINIK FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND GERONTOPSYCHIATRISCHEN STÖRUNGEN (VP10).
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
	<b>LEISTUNGEN:</b>
	VP00 - Private psychiatrische Ambulanz.
	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
	VP15 - Psychiatrische Tagesklinik
	VP14 - Psychoonkologie
	VP16 - Psychosomatische Tagesklinik
	<i>Lichttherapie, Sport-, Musik-, Körpertherapie, kortikale Magnetstimulation, das gesamte Spektrum psychopharmakologischer Behandlungsmöglichkeiten. Psychosomatische Tagesklinik (VP16). Diag. und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Störungen u. Faktoren (VP05).</i>
2	PRIVATE GERONTOPSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ
	Privatambulanz
	<i>Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren. (VP05) Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen (VP10). Psychiatrische Tagesklinik (VP15).</i>

## B-[2].11 Personelle Ausstattung

### B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten 40

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)	7,36	7,36	0,00	0,00	7,36	62,4
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,38	5,38	0,00	0,00	5,38	85,3

**Abkürzungen:**

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

### B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Psychiatrie und Psychotherapie
2	Neurologie

### B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Palliativmedizin
2	Psychotherapie - fachgebunden - <i>Psychoonkologie</i>
3	Suchtmedizinische Grundversorgung
4	Geriatric
5	Rehabilitationswesen

### B-[2].11.2 Pflegepersonal

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ANZ.
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,54	11,54	0,00	0,00	11,54	39,8
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	15,68	15,38	0,30	0,00	15,68	29,3
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	1,33	1,33	0,00	0,00	1,33	345,1
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	5,85	5,85	0,00	0,00	5,85	78,5
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	4,37	4,37	0,00	0,00	4,37	105,0

**Abkürzungen:**

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

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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Sturzmanagement
2	Wundmanagement
3	Entlassungsmanagement
4	Kontinenzmanagement
5	Qualitätsmanagement
6	Basale Stimulation
7	Kinästhetik
8	Dekubitusmanagement

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

PERSONAL	ANZ.	MIT BV	OHNE BV	AMB.	STAT.	FÄLLE/ ANZ.
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	1,59	1,59	0,00	0,00	1,59	288,7

**Abkürzungen:**

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

## C Qualitätssicherung

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

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	13	100
2	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	105	104,8
3	Hüftendoprothesenve (HEP)	31	100
4	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	24	108,3
5	Hüftendoprothesenve Hüft- Endoprothesenwechs und - komponentenwechsel (HEP_WE)	8	62,5

#### C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

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

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

1	<b>Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit einer hüftgelenkerhaltenen Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54029</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	0 % - 22,81 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 4,37 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,07 % - 1,24 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	13
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2	<b>Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54030</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Vertrauensbereich	17,71 % - 64,48 %
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	15,94 % - 16,53 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	13
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>U33</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
3	<b>Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54033</b>
	Leistungsbereich	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Ergebnis (Einheit)</p>	<p>—</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>—</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,35 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>1,06 % - 1,11 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>(Datenschutz)</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>4</p>	<p><b>Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54036</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 25,53 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 4,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,87 % - 1,06 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,12</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>13</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>5</p>	<p><b>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</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>54040</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 19,09 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich = 3,54 (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 0,66 % - 0,79 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,16

Grundgesamtheit 13

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr eingeschränkt/nicht vergleichbar

6 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Kennzahl-ID 54046

Leistungsbereich Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
<p><b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b></p>	
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0 % - 8,64 %</p>
<p><b>BUNDESERGEBNIS</b></p>	
<p>Bundesdurchschnitt</p>	<p>-1</p>
<p>Referenzbereich</p>	<p>= 2,02 (90. Perzentil, Toleranzbereich)</p>
<p>Vertrauensbereich</p>	<p>0,97 % - 1,04 %</p>
<p><b>FALLZAHL</b></p>	
<p>Beobachtete Ereignisse</p>	<p>0</p>
<p>Erwartete Ereignisse</p>	<p>0,34</p>
<p>Grundgesamtheit</p>	<p>13</p>
<p><b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b></p>	
<p>Ergebnis im Berichtsjahr</p>	<p><b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich</p>
<p>Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr</p>	<p>eingeschränkt/nicht vergleichbar</p>
<p>7</p>	<p><b>Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)</b></p>
<p><b>Kennzahl-ID</b></p>	<p><b>52010</b></p>
<p>Leistungsbereich</p>	<p>Vorbeugung eines Druckgeschwürs</p>
<p>Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus</p>	<p>Nein</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 0,33 %
-------------------	--------------

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	1177

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

8

#### Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54001</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	96,56 % - 96,73 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54002</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitäts-indikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	56,55 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	92,56 % - 93,17 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	5

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>10</b>	<b>Wartezeit im Krankenhaus vor der Hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54003</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	15,34 % - 15,93 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<b>11</b>	<b>Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden</b>
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54004</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 75,1 % - 96,65 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich >= 80,00 % (Toleranzbereich)

Vertrauensbereich 94,9 % - 95,1 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 28

Erwartete Ereignisse -

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

12

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

Kennzahl-ID 54010

Leistungsbereich Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit) —

Vertrauensbereich —

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	97,95 % - 98,08 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
13 Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle	
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54012</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 22,81 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 % - 0,22 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	13
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

15	Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet	
	Kennzahl-ID	54015
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 13,32 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	10,85 % - 11,37 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	25
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16 **Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen**

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
17	Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten
<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54017</b>
Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a> . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 43,45 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 17,46 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	5,93 % - 6,51 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	5
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

18	<b>Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54018</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	= 11,11 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	4,35 % - 4,69 %
	<b>FALLZAHL</b>	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
	Ergebnis im Berichtsjahr	<b>R10</b> - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
19	<b>Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen</b>	
	<b>Kennzahl-ID</b>	<b>54019</b>
	Leistungsbereich	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

#### RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

#### BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

-1

Referenzbereich

= 7,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich

2,34 % - 2,48 %

#### FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

#### QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr

**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.

20

#### Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten

**Kennzahl-ID**

**54120**

Leistungsbereich

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
<b>RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES</b>	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
<b>BUNDESERGEBNIS</b>	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	= 29,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	11,39 % - 12,15 %
<b>FALLZAHL</b>	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
<b>QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN</b>	
Ergebnis im Berichtsjahr	<b>U32</b> - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## 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-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich:	Gesamtes Leistungsspektrum des Krankenhauses
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	QKK - Qualitätsindikatoren
Ergebnis:	Quartalsbericht Peer-Reviews
Messzeitraum:	Ganzjährig in Quartalsauswertungen
Datenerhebung:	Über § 21 KHEntgG Datensatz

Rechenregeln:	siehe Indikatorenset Prof. Stausberg
Referenzbereiche:	Einrichtungsspezifische Erwartungswerte im Vergleich mit Gesamtreferenzwert.
Vergleichswerte:	Derzeit ca. 50 kirchliche Krankenhäuser bundesweit.
Quellenangabe:	Wissenschaftliche Evaluation und Begleitung durch Prof. Stausberg (LMU). Publikationen unter <a href="http://www.qkk-online.de">www.qkk-online.de</a> erhältlich.

## 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):	19
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	18
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	18

\* 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](http://www.g-ba.de)).