

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß §137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
für das Berichtsjahr 2016



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	2
A-0 Fachabteilungen	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	6
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	7
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	9
A-10 Gesamtfallzahlen	9
A-11 Personal des Krankenhauses	9
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	11
A-13 Besondere apparative Ausstattung	19
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	20
B-[1] Klinik für Geriatrie	20
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	20
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	20
B-[1].1.2 Name des Chefarztes oder der Chefarztin	20
B-[1].1.3 Weitere Zugänge	20
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	21
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	21
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	21

B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	21
B-[1].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	22
B-[1].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	23
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	24
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	26
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	26
B-[1].11	Personelle Ausstattung	26
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	26
B-[1].11.2	Pflegepersonal	27
B-[2]	Klinik für Allgemeine Psychiatrie SP Gerontopsychiatrie	28
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	28
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	28
B-[2].1.2	Name des Chefarztes oder der Chefarztin	28
B-[2].1.3	Weitere Zugänge	29
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	29
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	29
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	29
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	30
B-[2].6.1	ICD, 3-stellig, Print-Ausgabe	31
B-[2].6.2	ICD, 4-stellig, XML-Ausgabe	31
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	32
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	34
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	35
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	35
B-[2].11	Personelle Ausstattung	36
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	36
B-[2].11.2	Pflegepersonal	36

B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	37
C	Qualitätssicherung	38
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	38
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	47
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	47
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	47
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	48
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.48 2 SGB V	48
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 48 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	48

Vorwort

Das Krankenhaus Elbroich ist eine Einrichtung der Krankenhaus Mörsenbroich-Rath GmbH (KMR) und gehört zum VKKD | Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf. Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf ist es Zentrum medizinischer Wissenschaft und bietet vielfältige Ausbildungsmöglichkeiten für angehende Ärzte und Pflegekräfte. Das Krankenhaus Elbroich ist eines der wenigen altersmedizinischen Zentren in Düsseldorf und Umgebung. Sein Schwerpunkt liegt auf der umfassenden Behandlung von psychiatrischen und akut-geriatrischen Erkrankungen. Besondere Schwerpunkte der Psychiatrie bilden die Behandlungen von Depressionen einschließlich der manisch-depressiven Erkrankung, heute auch bipolare Störung genannt, sowie die Therapie psychosomatischer Erkrankungen. Neben der (geronto)psychiatrischen Ausrichtung verfügt das Haus über eine Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und behandelt dort vor allem Depressionen und Angsterkrankungen.

Über dies hinaus sind hervorzuheben:

- Therapieangebote, die genau auf das Krankheitsbild der Patienten zugeschnitten sind, darunter die Ergo-, Musik-, Physikalische Therapie, die Physiotherapie, die Psychotherapie, die Sporttherapie sowie die Sprach- und Schlucktherapie
- Interdisziplinäre Diagnostik, die geriatrischen und psychiatrischen Patienten im Rahmen einer akutgeriatrisch/psychiatrischen Behandlung zur Verfügung steht
- Anbindung an das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum (WDGZ) zur interdisziplinären stationären Diabetesbetreuung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2

Besondere Auszeichnungen:

- Chefarzt Prof. Dr. med. Frank Richert ist als Zertifizierte Beratungsstelle der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V. eingetragen
- Das Krankenhaus-Elbroich ist Träger des Bronze-Zertifikats der "Aktion Saubere Hände"
- **Das Krankenhaus Elbroich ist seit 2017 nach der DIN EN ISO 9001 zertifiziert.**

Im Jahr 2016 wurden in den zwei Fachabteilungen und der Tagesklinik 1.300 Patienten ambulant und stationär behandelt. Alle geplant aufzunehmenden Patienten werden auf multiresistente Erreger getestet. Das Krankenhaus Elbroich ist Mitglied im "Aktionsbündnis Patientensicherheit" und aktiver Teilnehmer im MRE-Netzwerk Düsseldorf.

Die Patienten bewerteten das Krankenhaus Elbroich 2016 (Vergleich zu 2015) in Befragungen:

- Gleichbleibend gute ärztliche (**89,7 %**) und pflegerische (**88,8 %**) Versorgung und Betreuung
- Verbesserung in Organisation und Abläufen (**von 83 % auf 85,2 %**)
- Verbesserung im Servicebereich (**von 79,2 % auf 82,4 %**)

91,4 Prozent der Patienten würden das Krankenhaus Elbroich weiterempfehlen. Im Vergleich zum Vorjahr konnte dieser Wert um zwei Prozentpunkte erhöht werden.

Einleitung

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Herr Christian Kemper, Geschäftsführer
Telefon:	0211 9043 100
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	Christian.kemper@vkkd-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:	http://www.krankenhaus-elbroich.de
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	http://www.vkkd-kliniken.de

Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	www.krankenhaus-elbroich.de/unsere_kliniken/tagesklinik/	Tagesklinik - teilstationäre psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung

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 Allgemeine Psychiatrie SP Gerontopsychiatrie

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:	03
Krankenhaus-URL:	http://www.vkkd-kliniken.de

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:	
Standort-URL:	http://www.vkkd-kliniken.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

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:	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:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Herr Christian Kemper, Geschäftsführer KMR
Telefon:	0211 9043 100
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	christian.kemper@vkkd-kliniken.de

Leitung des Standorts:

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 9043 100
Fax:	0211 9043 108
E-Mail:	christian.kemper@vkkd-kliniken.de

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

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus:

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität:

1 Heinrich Heine Universität Düsseldorf

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
1	Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>Bitte informieren Sie sich über die Physikalische Therapiemöglichkeiten unter: http://www.krankenhaus-elbroich.de/therapiebereiche/physikalische_therapie/leistungsspektrum/</i>
2	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Gezielte Diagnostik bei Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen, Angehörigenberatung</i>
3	Wundmanagement <i>Zertifizierte Wundmanager werden bei Bedarf hinzugezogen.</i>
4	Wärme- und Kälteanwendungen <i>Die Wärmebehandlung findet im Rahmen der physikalischen Therapie statt. Bitte informieren Sie sich über die Physikalische Therapiemöglichkeiten unter: http://www.krankenhaus-elbroich.de/therapiebereiche/physikalische_therapie/leistungsspektrum/</i>
5	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Stationäre Interdisziplinäre Diabetesbetreuung durch das Westdeutsche DiabetesZentrum (WDGZ)</i>
6	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <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.</i>
7	Sozialdienst <i>Die jeweilige Stationsleitung oder Pforte (09) stellt gerne den Kontakt zum Sozialdienst her.</i>

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
8	Schmerztherapie/-management <i>Schmerzlinderung und Entspannung. Bitte informieren Sie sich auf unserer Internetseite: http://www.krankenhaus-elbroich.de/therapiebereiche/physikalische_therapie/</i>
9	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>Familiale Pflege. Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Informationen auf den jeweiligen Stationen.</i>
10	Diät- und Ernährungsberatung <i>Wenn Ihnen eine spezielle Diät verordnet wurde, helfen Ihnen unsere Diätassistentinnen gerne bei der Aufstellung Ihres individuellen Speiseplans.</i>
11	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege <i>Der Sozialdienst berät Sie gern, wenn Sie entlassen werden sollen und die häusliche Versorgung nicht gesichert ist.</i>
12	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung <i>Wir beraten Sie u.a. bei Blasenschwäche und Beckenbodentraining.</i>
13	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	Hotelleistungen http://www.krankenhaus-elbroich.de/servicedienste/allg_verwaltungswirtschaft_und_versorgung/
2	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen <i>Bitte entnehmen Sie die Termine der Veranstaltungen der Tagespresse oder unserer Internetseite. http://www.krankenhaus-elbroich.de/servicedienste/allg_verwaltungswirtschaft_und_versorgung/</i>
3	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer <i>Kosten pro Tag: 0 € Fernsehen wird Ihnen in fast allen Zimmern kostenlos zur Verfügung gestellt. In den Aufenthaltsräumen Ihrer jeweiligen Station finden Sie ebenfalls Fernseher und Radio.</i>
4	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum <i>Gemeinschaft- und Aufenthaltsräume befinden sich auf den Stationen</i>
5	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Vorhanden.</i>
6	Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen <i>Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Angehörige durch unsere ehrenamtlichen Mitarbeiter.</i>
7	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)

LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Spezielle Angebote für islamische oder jüdische Bekenntnisse</i>
8	Ein-Bett-Zimmer <i>Vorhanden.</i>
9	Andachtsraum <i>Unsere Kapelle steht Ihnen jederzeit für stille Momente zur Verfügung.</i> http://www.krankenhaus-elbroich.de/servicedienste/krankenhausseelsorge/
10	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
11	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer <i>Sie sollten auf keinen Fall Geld oder Wertgegenstände in Ihrem Nachttisch aufbewahren</i> http://www.krankenhaus-elbroich.de/patientenangehoerige/a_bis_z/?type=0&uid=106&cHash=0b5fa3be7a
12	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>
13	Telefon am Bett <i>Kosten pro Tag: 1 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,12 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i> <i>Wahlleistungspatienten zahlen keine Grundgebühr</i>
14	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle <i>Vorhanden.</i>
15	Zwei-Bett-Zimmer <i>Vorhanden.</i>
16	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> http://www.krankenhaus-elbroich.de/servicedienste/krankenhausseelsorge/
17	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen <i>Max. Kosten pro Stunde: 0 € Max. Kosten pro Tag: 0 €</i> <i>Kostenlose Parkmöglichkeiten befinden sich am Eingang der Parkanlage</i>

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
2	Beauftragter und Beauftragte für Patienten und Patientinnen mit Behinderungen und für "Barrierefreiheit"
3	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

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

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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:	1316
Teilstationäre Fallzahl:	235
Ambulante Fallzahl:	4

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)	13,21	13,21	0,00	0,00	13,21
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	10,14	10,14	0,00	0,00	10,14

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	26,76 1,00	26,29 1,00	0,47 0,00	0,00 0,00	26,76 1,00
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	24,82 0,00	24,82 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	24,82 0,00
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,75 0,00	0,75 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	0,75 0,00
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	8,50 0,00	8,50 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	8,50 0,00
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	4,48 0,00	4,48 0,00	0,00 0,00	0,00 0,00	4,48 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	1,58	1,58	0,00	0,00	1,58
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	0,14	0,14	0,00	0,00	0,14

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	7,18	7,18	0,00	0,00	7,18
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	0,90	0,90	0,00	0,00	0,90
Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)	1,08	1,08	0,00	0,00	1,08
Physiotherapeut und Physiotherapeutin	5,51	5,51	0,00	0,00	5,51

Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	5,73	5,73	0,00	0,00	5,73
Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	11,60	11,60	0,00	0,00	11,60

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	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA - Klinisches Notfallmanagement Letzte Aktualisierung: 30.01.2017</i>
2	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Umgang nach Medizinproduktegesetz (MPG) und Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibVer) Letzte Aktualisierung: 11.07.2017</i>
3	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA - Qualitäts- und Risikomanagement Letzte Aktualisierung: 11.07.2017</i>
4	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA - Fixation Letzte Aktualisierung: 11.06.2013</i>
5	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA - Entlassungs- und Verlegungsmanagement Letzte Aktualisierung: 30.12.2010</i>
6	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA - Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 19.02.2016</i>
7	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA- Sturzprophylaxe Letzte Aktualisierung: 15.12.2016</i>
8	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA - Unit-Dose-Versorgung VKKD Letzte Aktualisierung: 13.04.2017</i>
9	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
10	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
11	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen

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

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 01.01.2008</i>
2	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: halbjährlich</i>
3	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: monatlich</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	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 (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein 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
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	2
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	5

¹⁾ 1 Hygiene-Arzt für 3 Häuser. Für das Krankenhaus Elbroich 0,2 VK.

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

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

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl: 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 Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben: Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch (Einheit: ml/Patiententag):

... auf allen Intensivstationen: 0

... auf allen Allgemeinstationen: 14

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme 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</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>jährlich und bei Bedarf</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 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 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	Ja
<i>Briefkästen auf der Station</i>		
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	
	<i>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.</i>		

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:	http://www.vkkd-kliniken.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0200) Geriatrie

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

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

B-[1].1.3 Weitere Zugänge

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

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

Keine Vereinbarung geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Palliativmedizin
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].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	669
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	266
2	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	69
3	M96.88	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	45
4	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	22
5	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	10
6	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	7
7	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	7
8	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	6
9	I67.3	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	6
10	M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich	5
11	F05.1	Delir bei Demenz	5

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	5
13	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	5
14	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	4
15	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	4
16	S32.1	Fraktur des Os sacrum	4
17	M46.46	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich	4
18	F05.8	Sonstige Formen des Delirs	< 4
19	G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation	< 4
20	G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation	< 4
21	K56.0	Paralytischer Ileus	< 4
22	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	< 4
23	I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	< 4
24	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	< 4
25	M96.6	Knochenfraktur nach Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte	< 4
26	S06.0	Gehirnerschütterung	< 4
27	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	< 4
28	D37.70	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Pankreas	< 4
29	I63.8	Sonstiger Hirnfarkt	< 4
30	S12.1	Fraktur des 2. Halswirbels	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	R26	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit	266
2	R29	Sonstige Beschwerden, die das Nervensystem bzw. das Muskel-Skelett-System betreffen	69
3	M96	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	48
4	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	28
5	I50	Herzschwäche	20
6	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirnfarkt	17
7	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	10

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	9
9	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	8
10	F05	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	8

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	266
2	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	69
3	M96.8	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-System nach medizinischen Maßnahmen	45
4	S72.0	Schenkelhalsfraktur	22
5	I50.1	Linksherzinsuffizienz	10
6	I50.0	Rechtsherzinsuffizienz	10
7	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	7
8	M48.0	Spinal(kanal)stenose	7
9	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	6
10	G20.1	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung	6
11	I67.3	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	6
12	F05.1	Delir bei Demenz	5
13	I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	5
14	S72.1	Pertrochantäre Fraktur	5
15	I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	5
16	S32.1	Fraktur des Os sacrum	4
17	M46.4	Diszitis, nicht näher bezeichnet	4
18	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	4

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
19	I13.0	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	< 4
20	F05.8	Sonstige Formen des Delirs	< 4
21	S06.5	Traumatische subdurale Blutung	< 4
22	I63.4	Hirninfrakt durch Embolie zerebraler Arterien	< 4
23	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	< 4
24	M80.0	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur	< 4
25	S32.0	Fraktur eines Lendenwirbels	< 4
26	K56.0	Paralytischer Ileus	< 4
27	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	< 4
28	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	< 4
29	I25.1	Atherosklerotische Herzkrankheit	< 4
30	F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz	< 4

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	477
2	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	277
3	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	118
4	9-984.4	Pflegebedürftigkeit: Erfolgt Antrag auf Einstufung in eine Pflegestufe	103
5	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	100
6	9-984.1	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe II (schwere Pflegebedürftigkeit)	96
7	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	59
8	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	33
9	1-206	Untersuchung der Nervenleitung - ENG	32

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	9-200.6	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 130 bis 158 Aufwandspunkte	29
11	9-200.5	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 101 bis 129 Aufwandspunkte	29
12	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	27
13	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	26
14	8-561.2	Funktionsorientierte physikalische Therapie: Kombinierte funktionsorientierte physikalische Therapie	24
15	9-200.0	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 43 bis 71 Aufwandspunkte	15
16	9-200.9	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 217 bis 245 Aufwandspunkte	12
17	9-200.8	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 188 bis 216 Aufwandspunkte	11
18	9-984.2	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe III (schwerste Pflegebedürftigkeit)	11
19	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	11
20	9-200.7	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 159 bis 187 Aufwandspunkte	11
21	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	10
22	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	10
23	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	9
24	9-200.a	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 246 bis 274 Aufwandspunkte	9
25	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	9
26	8-191.x	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Sonstige	7
27	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	7
28	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	7
29	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	6

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
30	8-987.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	6

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	654
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	489
3	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	148
4	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	100
5	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	35
6	1-206	Untersuchung der Nervenleitung - ENG	32
7	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	26
8	8-561	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen	25
9	8-191	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten	15
10	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	14

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)	6,24	6,24	0,00	0,00	6,24	107,2

- davon Fachärzte und Fachärztinnen 4,30 4,30 0,00 0,00 4,30 155,6

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	12,14	11,72	0,42	0,00	12,14	55,1
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	13,75	13,75	0,00	0,00	13,75	48,7
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	2,91	2,91	0,00	0,00	2,91	229,9
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	0,32	0,32	0,00	0,00	0,32	2090,6

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Palliative Care
2	Qualitätsmanagement
3	Dekubitusmanagement
4	Entlassungsmanagement
5	Ernährungsmanagement
6	Kinästhetik
7	Basale Stimulation

B-[2] Klinik für Allgemeine Psychiatrie SP Gerontopsychiatrie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Allgemeine Psychiatrie SP Gerontopsychiatrie
Straße:	Am Falder
Hausnummer:	6
PLZ:	40589
Ort:	Düsseldorf
URL:	http://www.krankenhaus-elbroich.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Name/Funktion:	Frau Anita Tönnesen-Schlack, Chefärztin
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:	http://www.vkkd-kliniken.de

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

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

Keine Vereinbarung 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	Spezialsprechstunde

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

Vollstationäre Fallzahl:	647
Teilstationäre Fallzahl:	235

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F05.1	Delir bei Demenz	255
2	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	130
3	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	92
4	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	41
5	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	37
6	F05.0	Delir ohne Demenz	22
7	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	14
8	F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	11
9	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	9
10	F06.2	Organische wahnhaft [schizophreniforme] Störung	8
11	F20.0	Paranoide Schizophrenie	5
12	F06.3	Organische affektive Störungen	< 4
13	F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode	< 4
14	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	< 4
15	F22.0	Wahnhaftige Störung	< 4
16	F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet	< 4
17	F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	< 4
18	F45.4	Anhaltende Schmerzstörung	< 4
19	F31.5	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	< 4
20	F06.7	Leichte kognitive Störung	< 4
21	F61	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens	< 4
22	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	< 4
23	F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	< 4
24	G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
25	S01.9	Offene Wunde des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet	< 4
26	F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	< 4
27	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	< 4

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

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F05	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	277
2	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	180
3	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	143
4	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit	16
5	F06	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	12
6	F20	Schizophrenie	6
7	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung	4
8	F22	Psychische Störung, bei der dauerhafte falsche Überzeugungen bzw. Wahnvorstellungen auftreten	< 4
9	F90	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht	< 4
10	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	< 4

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

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
1	F05.1	Delir bei Demenz	255
2	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	130
3	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	92
4	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	41
5	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	37
6	F05.0	Delir ohne Demenz	22
7	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	14

	ICD-4-CODE	NAME	GESAMTSUMME
8	F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	11
9	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	9
10	F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	8
11	F20.0	Paranoide Schizophrenie	5
12	F06.3	Organische affektive Störungen	< 4
13	F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode	< 4
14	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	< 4
15	F22.0	Wahnhafte Störung	< 4
16	S01.9	Offene Wunde des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet	< 4
17	F61	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens	< 4
18	F31.5	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	< 4
19	F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet	< 4
20	F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	< 4
21	F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	< 4
22	F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	< 4
23	G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	< 4
24	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	< 4
25	F06.7	Leichte kognitive Störung	< 4
26	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	< 4
27	F45.4	Anhaltende Schmerzstörung	< 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	1331
2	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	872
3	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	722
4	9-649.60	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	710
5	9-649.61	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	634
6	9-649.70	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: 1 Therapieeinheit pro Woche	632
7	9-982.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie: Behandlungsbereich G1 (Regelbehandlung)	625
8	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	618
9	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	587
10	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	564
11	9-649.62	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 2 bis 3 Therapieeinheiten pro Woche	560
12	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	548
13	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	500
14	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	416

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	415
16	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	393
17	9-649.63	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 3 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	358
18	9-649.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	291
19	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	290
20	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	289
21	9-649.64	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 4 bis 5 Therapieeinheiten pro Woche	254
22	9-649.71	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	235
23	9-649.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	216
24	9-984.0	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit)	209
25	1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	203
26	9-982.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie: Behandlungsbereich G2 (Intensivbehandlung)	182
27	9-649.54	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche	178
28	8-632.1	Repetitive transkranielle Magnetstimulation [rTMS]: Therapiesitzung	142
29	9-649.14	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche	127
30	9-649.65	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten: Mehr als 5 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	127

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	12129
2	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Psychiatrie für ältere Menschen	852
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	587
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	465
5	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	290
6	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	203
7	8-632	Wiederholendes Anregen des Gehirns durch Magnetfelder durch den Schädelknochen	156
8	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie	98
9	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	46
10	1-206	Untersuchung der Nervenleitung - ENG	41

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	TAGESKLINIK FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND GERONTOPSYCHIATRISCHEN STÖRUNGEN (VP10).
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
	LEISTUNGEN:
	VP00 - Psychiatrische Institutsambulanz
	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	VP15 - Psychiatrische Tagesklinik
	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].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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)	6,97	6,97	0,00	0,00	6,97	92,8
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,84	5,84	0,00	0,00	5,84	110,8

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-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Palliativmedizin
2	Psychotherapie - fachgebunden -
3	Suchtmedizinische Grundversorgung
4	Geriatric

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	13,62	13,57	0,05	0,00	13,62	47,5
Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften	11,07	11,07	0,00	0,00	11,07	58,4
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften	0,75	0,75	0,00	0,00	0,75	862,7
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften	5,59	5,59	0,00	0,00	5,59	115,7
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften	4,16	4,16	0,00	0,00	4,16	155,5

Abkürzungen:

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

B-[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

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	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	1,58	1,58	0,00	0,00	1,58	409,5
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	0,14	0,14	0,00	0,00	0,14	4621,4

Abkürzungen:

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

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschriltmacherver: Herzschritt- macher- Implantation (09/1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
2	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
3	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	129	102,3
4	Hüftendoprothesenve (HEP)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
5	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKHRL

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

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

1	Komplikationen während oder aufgrund der Operation	
	Kennzahl-ID	1103
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	0,8
	Referenzbereich	= 2,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	0,74 % - 0,87 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

2	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	
	Kennzahl-ID	51191
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	1,07
	Referenzbereich	= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	1,01 % - 1,13 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

3	Dauer der Operation	
	Kennzahl-ID	52128
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	86,95
	Referenzbereich	>= 60,00 % (Toleranzbereich)
	Vertrauensbereich	86,71 % - 87,18 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Ergebnis im Berichtsjahr	U99 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
	Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Erfassung am nicht leistungserbringenden Standort und begründeter Einzelfall
4	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalauschlags der Sonden	
	Kennzahl-ID	52305
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)

—

Vertrauensbereich

—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt

95,5

Referenzbereich

>= 90,00 % (Toleranzbereich)

Vertrauensbereich

95,42 % - 95,57 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse

(Datenschutz)

Erwartete Ereignisse

(Datenschutz)

Grundgesamtheit

(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Ergebnis im Berichtsjahr

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

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

↻ unverändert

5

Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde

Kennzahl-ID

52311

Leistungsbereich

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	1,32
Referenzbereich	= 3,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	1,24 % - 1,4 %

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

6

Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem

Kennzahl-ID	54140
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	96,9
Referenzbereich	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich	96,77 % - 97,03 %

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

7

Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte

Kennzahl-ID	54143
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	0,84
Referenzbereich	= 10,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,77 % - 0,91 %

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

8 Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Kennzahl-ID	52009
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0
Vertrauensbereich	-

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	0,95
Referenzbereich	= 1,95 (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich	0,94 % - 0,96 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	7,02
Grundgesamtheit	1195

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

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

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0 %
Vertrauensbereich	0 % - 0,32 %

BUNDESERGEBNIS

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

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1195
Grundgesamtheit	1195

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

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

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

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich:	Gesamtes Leistungsspektrum des Krankenhauses
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	QKK - Qualitätsindikatoren
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 www.qkk-online.de erhältlich.

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

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):	15
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	14
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	14

* 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).