



## Qualitätsbericht 2022

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V  
für das Berichtsjahr 2022

Erstellt am 31.12.2023

## Inhaltsverzeichnis

	<b>Einleitung.....</b>	<b>4</b>
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .7</b>	
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	8
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	10
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	11
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	12
A-9	Anzahl der Betten.....	13
A-10	Gesamtfallzahlen.....	13
A-11	Personal des Krankenhauses .....	13
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	29
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	43
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	44
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen .....</b>	<b>46</b>
B-1	Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie .....	46
B-2	Anästhesie, Schmerz- und Intensivmedizin.....	53
B-3	Frauenheilkunde und Geburtshilfe .....	58
B-4	Innere Medizin .....	65
B-5	Kardiologie.....	72
B-6	Kinder- und Jugendmedizin .....	78
B-7	Neonatologie.....	86

B-8	Orthopädie.....	92
B-9	Unfallchirurgie .....	99
B-10	Urologie.....	108
B-11	Radiologie.....	115
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung .....</b>	<b>120</b>
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	120
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	120
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung.....	122
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	212
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	212
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	212
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	214
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	214
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr.....	215
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP- RL) .....	218
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien.....	218
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement .....</b>	<b>219</b>

## Einleitung



### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Leitung Medizinische Entwicklung und Controlling
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Christina Wittig
<b>Telefon</b>	02331/201-6467
<b>Fax</b>	02331/201-1015
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:christina.wittig@agaplesion.de">christina.wittig@agaplesion.de</a>

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Geschäftsführer
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Alex Hoppe
<b>Telefon</b>	02331/201-1001
<b>Fax</b>	02331/201-1002
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:alex.hoppe@agaplesion.de">alex.hoppe@agaplesion.de</a>

### Weiterführende Links

**Link zur Internetseite des Krankenhauses:**

<http://www.akh-hagen.de/>

**Link zu weiterführenden Informationen:**

Frankfurt am Main, im Dezember 2023

## Sehr geehrte Leser:innen,

die vielfältigen Informationen in einem Qualitätsbericht geben einen systematischen Überblick über die Leistungen eines Krankenhauses in Deutschland. All das soll Patient:innen und einweisende Ärzt:innen bei der Entscheidungsfindung helfen. Doch Zahlen und Fakten allein reichen nicht aus, um ein Krankenhaus zu beschreiben. Denn es bleibt ein Ort, an dem Menschen für Menschen da sind, ein existenziell bedeutender Ort der Hoffnung.

Jede Einrichtung ist geprägt von einer bestimmten Unternehmenskultur. Bei AGAPLESION steckt ein christliches Leitbild die Eckpfeiler ab. Wichtige Säulen sind eine hohe Zuwendungsqualität und ein ganzheitlicher Behandlungsansatz. Wir wollen uns den Menschen, die zu uns kommen, mit Kopf, Herz und Seele zuwenden. Dieser Qualitätsanspruch, den wir uns selbst stellen, ist christlich motiviert und in unserem Leitbild als Mission formuliert: „Wir behandeln und begleiten Menschen in allen Lebensphasen individuell und ganzheitlich. Mit unserer christlich geprägten Haltung fördern wir körperliches und seelisches Wohlergehen und bieten menschliche Zuwendung.“

Seit unserer Gründung vor gut 20 Jahren haben wir immer wieder unsere Freude an Veränderungen und Innovationen unter Beweis gestellt. Wir haben Erfahrung in der Zusammenlegung eigener Klinik-Standorte, um die Medizin und Pflege vor Ort zu stärken. Wir gehören zu den digitalen Vorreitern auf dem deutschen Gesundheitsmarkt und sorgen mit eigenen Servicegesellschaften dafür, dass unsere Einrichtungen die beste Qualität in den Bereichen Medizintechnik, Reinigung, Catering und Logistik erhalten.

Zusammen mit unseren über 20.000 Mitarbeiter:innen entwickeln wir uns stetig weiter, um an der Seite der Menschen zu bleiben, die auf uns und christlich-diakonische Einrichtungen vertrauen. Unsere Organisation haben wir immer weiter professionalisiert und uns erhebliches Know-how angeeignet. Qualität ist für uns nicht an politische Reformen gekoppelt. Für uns als christlicher Gesundheitskonzern ist sie eine intrinsische Motivation – eine Verpflichtung, die uns antreibt. All unser Tun ist auf das Wohl unserer Patient:innen ausgerichtet.

Daran halten wir auch in Zukunft fest, komme, was da wolle.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main



Dr. Markus Horneber  
Vorstandsvorsitzender  
AGAPLESION gAG



Jörg Marx  
Stv. Vorstandsvorsitzender  
AGAPLESION gAG

Hagen, im Dezember 2023

## Sehr geehrte Leser:innen,

Qualität muss in der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Menschen immer im Mittelpunkt des Handelns stehen – erst recht in dieser noch immer andauernden Pandemie. Daher achten Interessenvertreter:innen wie das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. zu Recht auf die Fokussierung des Themas in Krankenhäusern und entwickeln darüber hinaus Handlungsempfehlungen zur praktischen Umsetzung auf den Stationen. Auch uns, dem AGAPLESION ALLGEMEINEN KRANKENHAUS HAGEN, liegt die Sicherheit und die bestmögliche Versorgung unserer Patient:innen besonders am Herzen. Deshalb nehmen wir die kompetenten Empfehlungen sehr ernst, um uns zu verbessern und allen Patient:innen eine hohe Behandlungsqualität gewährleisten zu lassen. Zudem lassen wir uns im Rahmen der Zentrenzertifizierung in den verschiedensten Bereichen fortwährend über die Schulter schauen. Alle Behandlungspfade und -prozesse werden dabei durch externe und neutrale Experten bewertet. So machen wir für Sie Qualität messbar.

### Gut sein – noch besser werden

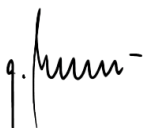
Doch das ist nicht genug. Wir wollen unsere Behandlungsqualität immer weiter verbessern. Um Ihre Sicherheit in unserer Klinik zu gewährleisten, arbeiten wir kontinuierlich zum Beispiel an den Abläufen von Operationen, den Hygienestandards oder Patient:inneninformationen. Mit Hilfe des folgenden Qualitätsberichtes möchten wir Ihnen die Gelegenheit bieten, einen Überblick über unsere Strukturen und Leistungen unserer Kliniken zu erhalten. Zum Beispiel über Angaben zum Diagnose- und Behandlungsspektrum, zur Häufigkeit einer Behandlung, zur Personalausstattung und Anzahl der Komplikationen sowie zur Barrierefreiheit.

### Das AGAPLESION ALLGEMEINE KRANKENHAUS HAGEN

Das größte Krankenhaus an einem Standort in Hagen steht seit über 150 Jahren für moderne medizinische und pflegerische Kompetenz. Heute nimmt das Krankenhaus unter dem Dach der AGAPLESION gAG mit über 1000 Mitarbeiter:innen die gesellschaftliche Verantwortung wahr. Den Menschen mit seinen körperlichen und seelischen Bedürfnissen als Maßstab allen Handelns in den Mittelpunkt zu stellen, ist Grundlage für unser Profil.

Wir hoffen, Ihnen mit dem vorliegenden Bericht und den darin enthaltenen Zahlen, Daten und Fakten einen guten, umfassenden Einblick in unsere Leistungen und Angebote zu bieten. Bei Fragen steht Ihnen die Qualitätsmanagementbeauftragte unserer Klinik, Susanne Hinzen, unter T (02331) 201 - 2073 oder per E-Mail zur Verfügung: [susanne.hinzen@agaplesion.de](mailto:susanne.hinzen@agaplesion.de). Weitere Informationen finden Sie auch unter [www.akh-hagen.de](http://www.akh-hagen.de).

Mit freundlichen Grüßen



Alex Hoppe  
Geschäftsführer  
AGAPLESION ALLGEMEINES KRANKENHAUS HAGEN

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

### Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2022 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	AGAPLESION ALLGEMEINES KRANKENHAUS HAGEN gem. GmbH
Hausanschrift	Grünstr. 35 58095 Hagen
Zentrales Telefon	02331/201-1001
Fax	02331/201-1002
Zentrale E-Mail	<a href="mailto:info.akh@agaplesion.de">info.akh@agaplesion.de</a>
Postanschrift	Grünstr. 35 58095 Hagen
Institutionskennzeichen	260500481
Standortnummer aus dem Standortregister	772088000
Standortnummer (alt)	00
URL	<a href="http://www.akh-hagen.de/">http://www.akh-hagen.de/</a>
Weitere relevante IK-Nummern	
Institutionskennzeichen:	260500481
Institutionskennzeichen:	260590322

### Ärztliche Leitung

#### Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

<b>Funktion</b>	Ärztlicher Direktor
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Prof. Dr. med. Wolfgang Timmermann
<b>Telefon</b>	02331/201-2064
<b>Fax</b>	02331/201-2092
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:allgemeinchirurgie.akh@agaplesion.de">allgemeinchirurgie.akh@agaplesion.de</a>

### Pflegedienstleitung

#### Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

<b>Funktion</b>	Pflegedirektorin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Anna Dittrich
<b>Telefon</b>	02331/201-2584
<b>Fax</b>	02331/201-2591
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:anna.dittrich@agaplesion.de">anna.dittrich@agaplesion.de</a>

### Verwaltungsleitung

#### Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

<b>Funktion</b>	Verwaltungsdirektorin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Gloria Conzemius
<b>Telefon</b>	02331/201-1001
<b>Fax</b>	02331/201-1002
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:gloria.conzemius@agaplesion.de">gloria.conzemius@agaplesion.de</a>

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

#### Krankenhausträger

<b>Name</b>	AGAPLESION gAG und Stiftung Allgemeines Krankenhaus Hagen
<b>Art</b>	Freigemeinnützig

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

#### Krankenhausart

<b>Krankenhausart</b>	Akademisches Lehrkrankenhaus
<b>Universität</b>	Ruhr-Universität Bochum, Universität Witten/Herdecke

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP02	Akupunktur	Durch Pflegekräfte im Kreißaal
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP06	Basale Stimulation	



<b>Nr.</b>	<b>Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot</b>	<b>Kommentar</b>
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Betriebliches Eingliederungsmanagement
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Krankenhausseelsorger vor Ort, Abschiedsraum
MP53	Aromapflege/-therapie	im Kreißsaal und Neugeborene
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	Neugeborene
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Erwachsene, Kinder-Diabetes-Zentrum
MP69	Eigenblutspende	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Kinderklinik
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Geriatrische Station und in Zusammenarbeit mit dem SPZ
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Bezugspflege für Kinder und Erwachsene
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	Elternschule - Programm auf <a href="http://www.akh-hagen.de">www.akh-hagen.de</a>
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Urologie
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Psychoonkologische Beratung
MP61	Redressionstherapie	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP36	Säuglingspflegekurse	Elternschule mit diversen Kursangeboten
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Besichtigungen, Tag der offenen Tür, Patientenveranstaltungen zu Gesundheitsthemen
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Kinästhetik
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Schulungen in der Kinderklinik
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	Babymassagekurs, PEKIP, Elternschule, usw.
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen/Entbindungspflegern	Spezielle Kursangebote auch in polnischer Sprache möglich, Elternschule

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Pflegevisiten, Pflege-Status-Erfassung, Pflegeexperten
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP43	Stillberatung	Elternschule mit diversen Kursangeboten
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Warm touch, ITS + AN
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	Elternschule mit diversen Kursangeboten
MP51	Wundmanagement	Zertifizierte Wundmanagerin, Spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Überleitungspflege
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

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

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM02	Ein-Bett-Zimmer	<a href="https://www.akh-hagen.de/ihr-aufenthalt/informationen-zu-ihrem-aufenthalt">https://www.akh-hagen.de/ihr-aufenthalt/informationen-zu-ihrem-aufenthalt</a>	
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		
NM07	Rooming-in		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		Es besteht die Möglichkeit ein Zusatzbett aufzustellen.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM40	Empfangs- und Begleitsdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		
NM42	Seelsorge		Die evangelischen und katholischen KrankenhausseelsorgerInnen nehmen sich Zeit, Ihnen zu begegnen und Sie zu unterstützen.

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM50	Kinderbetreuung		Alle Altersgruppen. Öffnungszeiten: Mo-Sa 08:30-12:00 / Mo, Do, Fr: 14:30-17:00 / Di, Mi: 12:30-16:30
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		ILCO Gruppe Hagen - Selbsthilfe für Menschen mit Darmkrebs, künstlichem Darmausgang oder künstlicher Harnableitung
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Jedes unserer Patientenzimmer ist mit einem Telefon je Bett und einem Fernsehgerät ausgestattet.
NM68	Abschiedsraum		

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
<b>Funktion</b>	MAV
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Hanne Fiedler
<b>Telefon</b>	02331/201-1523
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:hanne.fiedler@agaplesion.de">hanne.fiedler@agaplesion.de</a>

### A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	Haus 2
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Station 15b mit geriatrischer Frührehabilitation und Kinästhetik
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Bosnisch, Bulgarisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Koreanisch, Kroatisch, Philippinisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Russisch, Serbisch, Spanisch, Ukrainisch, Ungarisch
BF25	Dolmetscherdienst	Sämtliche Sprachen
BF24	Diätische Angebote	



Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Durch die Grünen Damen/Grünen Herren
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	Haus 2
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	Toiletten, Aufzüge
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Ansprechpartner: Dr. Holger, Beier Student:innen-(PJ-)Sekretariat, Frau Klutzny T (02331) 201 - 2296 cornelia.klutzny@agaplesion.de <a href="https://www.akh-hagen.de/karriere/pj-und-facharztweiterbildung">https://www.akh-hagen.de/karriere/pj-und-facharztweiterbildung</a>
FL09	Doktorandenbetreuung	

## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenschwesterin und Gesundheits- und Kinderkrankenschwester
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger

## A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	486

## A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	20874
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	51949
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 130,54

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	130,54	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	130,54	
Nicht Direkt	0	

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 68,49

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	68,49	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	68,49	
Nicht Direkt	0	

**Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

## A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 310,98

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	310,98	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	302,09	
Nicht Direkt	8,89	

#### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 310,98

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	310,98	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	302,09	
Nicht Direkt	8,89	

### Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 73,08

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	73,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	73,08	
Nicht Direkt	0	

#### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 73,08

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	73,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	73,08	
Nicht Direkt	0	



### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 10  
**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,99	
Nicht Direkt	1,01	

#### **Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 10

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,99	
Nicht Direkt	1,01	

### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahr

#### **Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 27,93

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	27,93	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	27,93	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 27,93

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	27,93	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	27,93	
Nicht Direkt	0	

**Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 8,88

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,88	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,88	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 8,88

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,88	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,88	
Nicht Direkt	0	

### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

#### **Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 54,32

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	49,52	
Ambulant	4,8	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	54,32	
Nicht Direkt	0	

#### **Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 54,32

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	49,52	
Ambulant	4,8	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	54,32	
Nicht Direkt	0	

### A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

### A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

#### SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

#### SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 8,58

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,58	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,58	
Nicht Direkt	0	

**SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater**

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)**

Anzahl Vollkräfte: 11,18

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,18	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,18	
Nicht Direkt	0	

**SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)**

**Anzahl Vollkräfte:** 11,41

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,41	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,41	
Nicht Direkt	0	

**SP14 - Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Kommentar:** In Kooperation mit dem Verein zur Förderung der Sozialpädiatrie in Hagen und Umgebung e.V. (SPZ Hagen)

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	In Kooperation mit dem Verein zur Förderung der Sozialpädiatrie in Hagen und Umgebung e.V. (SPZ Hagen)
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

### SP09 - Heilpädagogin und Heilpädagoge

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Kommentar:** In Kooperation mit dem Verein zur Förderung der Sozialpädiatrie in Hagen und Umgebung e.V. (SPZ Hagen)

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	In Kooperation mit dem Verein zur Förderung der Sozialpädiatrie in Hagen und Umgebung e.V. (SPZ Hagen)
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

### SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

**Anzahl Vollkräfte:** 2,23

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,23	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,23	
Nicht Direkt	0	



### SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

**Anzahl Vollkräfte:** 0,34

**Kommentar:** In Kooperation mit dem Verein zur Förderung der Sozialpädiatrie in Hagen und Umgebung e.V. (SPZ Hagen)

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,34	In Kooperation mit dem Verein zur Förderung der Sozialpädiatrie in Hagen und Umgebung e.V. (SPZ Hagen)
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,34	
Nicht Direkt	0	

### SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Kommentar:** Kooperation mit einem externen Dienstleister.

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	Kooperation mit einem externen Dienstleister
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister**

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

**SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 1,87

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,87	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,87	
Nicht Direkt	0	

**SP06 - Erzieherin und Erzieher**

Anzahl Vollkräfte: 0,52

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,52	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,52	
Nicht Direkt	0	

**SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut**

Anzahl Vollkräfte: 0,56

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,56	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,56	
Nicht Direkt	0	

### SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 1,86

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,86	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,86	
Nicht Direkt	0	

### SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 2,69

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,69	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,69	
Nicht Direkt	0	

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

##### Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

<b>Funktion</b>	Leitung Qualitätsmanagement
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Susanne Hinzen
<b>Telefon</b>	02331/201-6016
<b>Fax</b>	02331/201-1002
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:qm.akh@agaplesion.de">qm.akh@agaplesion.de</a>

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

##### Lenkungsgremium

<b>Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche</b>	Geschäftsführer, Pflegedirektorin, Verwaltungsdirektorin, Personalleiterin, Ärztlicher Direktor, Stv. Ärztlicher Direktor
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	monatlich

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

##### Angaben zur Person

<b>Angaben zur Person</b>	Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---------------------------	--

##### Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

<b>Funktion</b>	Leitung Qualitätsmanagement
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Susanne Hinzen
<b>Telefon</b>	02331/201-6016
<b>Fax</b>	02331/201-1002
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:qm.akh@agaplesion.de">qm.akh@agaplesion.de</a>

### A-12.2.2 *Lenkungsremium*

<b>Lenkungsremium / Steuerungsgruppe</b>	
<b>Lenkungsremium / Steuerungsgruppe</b>	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
<b>Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich</b>	1. QM-Team (Interdisziplinäre Arbeitsgruppe, in der u.a. CIRS-Fälle bearbeitet werden.)  2. AGAPLESION Lenkungsgruppe RM (2x jährlich) mit GFs, ZD Interne Revision und Compliance, ZD PQM, ZD Medizinmanagement, Kompetenzzentrum Wohnen & Pflegen: Konzernweite Analyse / Weiterentwicklung des RM
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	monatlich

### A-12.2.3 *Instrumente und Maßnahmen*

<b>Nr.</b>	<b>Instrument bzw. Maßnahme</b>	<b>Zusatzangaben</b>	<b>Kommentar</b>
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Risiko- und Managementbewertung Datum: 12.06.2019	
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Tool zur Erfassung und Dokumentation von Weiterbildungsmaßnahmen vorhanden (AGA-Lernwelt)
RM03	Mitarbeiterbefragungen		
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Umgang mit medizinischen Notfällen Datum: 18.04.2011	
RM05	Schmerzmanagement	Name: Schmerzkonzept Notfallversorgung Datum: 10.01.2015	
RM06	Sturzprophylaxe	Name: Sturzprophylaxe Datum: 19.06.2015	
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Postoperative Überwachung Datum: 04.05.2015	
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risiko- und Managementbewertung Datum: 12.06.2019	
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Pathologiebesprechungen - Qualitätszirkel	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risiko- und Managementbewertung Datum: 12.06.2019	
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risiko- und Managementbewertung Datum: 12.06.2019	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risiko- und Managementbewertung Datum: 12.06.2019	
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: Postoperative Überwachung Datum: 04.05.2015	
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risiko- und Managementbewertung Datum: 12.06.2019	

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsweg-internen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich
Verbesserung Patientensicherheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientenidentifikationsarmbänder</li> <li>• Critical Incident Reporting System (CIRS)</li> <li>• Normierte Spritzenaufkleber</li> <li>• Sicherheitscheckliste (Risk List)</li> <li>• Medikationssicherheit</li> <li>• Hygienekonzeption</li> </ul>



Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	monatlich
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	01.02.2019
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich

#### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich
Nr.	Instrument und Maßnahme
EF06	CIRS NRW (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer)
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)



## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	Krankenhaushygieniker über den Agaplesion Konzern, Markuskrankenhaus in Frankfurt Hygiene und Umweltmedizin
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	10	
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	3	3 hausinterne Fachkraft mit einem Stellenumfang von 3,0 VK
Hygienebeauftragte in der Pflege	28	

#### Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

#### Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission

Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Wolfgang Timmermann
Telefon	02331/201-2064
Fax	20331/201-1002
E-Mail	<a href="mailto:wolfgang.timmermann@agaplesion.de">wolfgang.timmermann@agaplesion.de</a>

### A-12.3.2 *Weitere Informationen zur Hygiene*

#### A-12.3.2.1 *Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen*

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

##### 1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage

Der Standard liegt vor Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle Ja

c) Beachtung der Einwirkzeit Ja

d) Weitere Hygienemaßnahmen

- sterile Handschuhe Ja

- steriler Kittel Ja

- Kopfhaube Ja

- Mund-Nasen-Schutz Ja

- steriles Abdecktuch Ja

Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert Ja

##### 2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern

Der Standard liegt vor Ja

Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert Ja

#### A-12.3.2.2 *Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie*

##### Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor Ja

Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst Ja

Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert Ja

**Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe**

Der Standard liegt vor Ja

**1. Der Standard thematisiert insbesondere**

a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe Ja

b) Zu verwendende Antibiotika Ja

c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe Ja

2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert Ja

3. Antibiotikaprofylaxe bei operierten Patienten strukturiert überprüft Ja

**A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden**

**Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel**

Der Standard liegt vor Ja

**Der interne Standard thematisiert insbesondere**

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen Ja

c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden Ja

d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe Ja

e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion Ja

Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert Ja

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
<b>Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen</b>	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	36,00 ml/Patiententag
<b>Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen</b>	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	119,00 ml/Patiententag
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Teilweise

#### A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

MRSA	
Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja
Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Regelmäßig zentral über die Innerbetriebliche Fortbildung oder vor Ort durch die Hygienefachkräfte
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS ITS-KISS MRSA-KISS NEO-KISS OP-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRE-Netzwerk	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze	Teilnahme und Zertifikat für die Jahre 2018 und 2019

## A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Das Meinungsmanagement (MM) ermöglicht es, Stärken und Schwächen innerbetrieblicher Abläufe zu erkennen, Fehlerursachen vorzubeugen, zu korrigieren oder zu beheben. Ziel ist das hohe Maß der Qualität und der Zufriedenheit von Patienten.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Das MM wird regelhaft quantitativ und qualitativ ausgewertet, Ergebnisse für die Weiterentwicklung genutzt. Daraus resultierende Maßnahmen werden nachverfolgt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Mündliche Meinungen werden vom MM dokumentiert und an zuständige Abteilungs- oder Projektleitungen weitergeleitet. Daraus resultierende Maßnahmen werden nachverfolgt.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Schriftliche Meinungen werden vom MM dokumentiert und an zuständige Abteilungs- oder Projektleitungen weitergeleitet. Daraus resultierende Maßnahmen werden vom MM nachverfolgt.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Ja	Nach dem Eingang beim MM wird der Empfang der Meinung innerhalb von fünf Werktagen bestätigt. Eine Rückmeldung erfolgt sobald wie möglich, spätestens aber nach vier Wochen.
<b>Regelmäßige Einweiserbefragungen</b>		
Durchgeführt	Ja	
Link		
Kommentar		Zentren- und Themenspezifische Befragungen
<b>Regelmäßige Patientenbefragungen</b>		
Durchgeführt	Ja	
Link		
Kommentar		Im Rahmen der Zertifizierung des Brustzentrums und Endoprothetikzentrums wird regelhaft eine Patientenbefragung durchgeführt. Darüber hinaus werden zu aktuellen Themen gezielte Patientenbefragungen durchgeführt.
<b>Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden</b>		
Möglich	Ja	
Link		<a href="https://www.akh-hagen.de/ueber-uns/qualitaet/meinungsmanagement">https://www.akh-hagen.de/ueber-uns/qualitaet/meinungsmanagement</a>
Kommentar		Jede Meinung kann auch anonym abgegeben werden.

## Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

<b>Funktion</b>	Leitung Qualitätsmanagement
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Susanne Hinzen
<b>Telefon</b>	02331/201-2073
<b>Fax</b>	02331/201-1002
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:qualitaetsmanagement.akh@agaplesion.de">qualitaetsmanagement.akh@agaplesion.de</a>

### Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht

Kommentar

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

### A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

#### Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	Ja - Arzneimittelkommission
--	-----------------------------

### A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

#### Angaben zur Person

Angaben zur Person	Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit
--------------------	--

#### Verantwortliche Person AMTS

<b>Funktion</b>	Leiter der Zentral-Apotheke
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Ulrich Sommer
<b>Telefon</b>	02331/1843-0
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:info@joho-dortmund.de">info@joho-dortmund.de</a>

### A-12.5.3 *Pharmazeutisches Personal*

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	3
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

#### Erläuterungen

Kooperation mit externer Apotheke

### A-12.5.4 *Instrumente und Maßnahmen*

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

Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:  
Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.
- Medikationsprozess im Krankenhaus:  
Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.  
Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.
- Entlassung:  
Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung</li> <li>- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal</li> <li>- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen</li> </ul>
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fallbesprechungen</li> <li>- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung</li> <li>- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)</li> <li>- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)</li> </ul>
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (gegebenenfalls vorläufigen) Entlassbriefs</li> <li>- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen</li> <li>- bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten</li> </ul>
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	

## **A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt**

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

### **Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt**

**Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?** Ja

#### **Kommentar**

Unser Träger hat im August 2021 die Richtlinie Schutzkonzept für Kinder, Jugendliche und vulnerable Patientengruppen für alle Krankenhäuser in Kraft gesetzt. Für relevante Bereiche in unserem KH wird eine Gefährdungsanalyse durchgeführt und daraus vorbeugende Maßnahmen abgeleitet. Ein E-Learning ist für die Mitarbeiter:innen in diesen Bereichen verpflichtend zu absolvieren. Ein Meldesystem ist intern etabliert und Kontaktadressen für externe Beratungsstellen sind verfügbar.

### A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

#### Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

**Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?** Ja

**Liegt ein auf Basis einer Gefährdungsanalyse erstelltes Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vor, das mindestens die Elemente Prävention, Interventionsplan und Aufarbeitung gemäß Teil B Abschnitt I § 1 Satz 9 QM-RL umfasst?** Ja

**Kommentar**

Das Schutzkonzept enthält eine Gefährdungsanalyse, die in allen relevanten Bereichen, wo Kinder und Jugendliche behandelt werden, durchgeführt wurde. Maßnahmen zur Vorbeugung von Missbrauch und Gewalt sind definiert. Vorkommnisse werden gemeldet und strukturiert aufgearbeitet.

Nr.	Schutzkonzept	Letzte Überprüfung
SK02	Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen	
SK06	Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl	

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-	
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-	Moderne Dreikopf-Gammakamera.
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		Ja	

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	-	
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	-	
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-	
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	-	Moderner SPECT-CT.
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	Moderner 1,5 Tesla MRT.
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	In Kooperation mit dem ansässigen Dialysezentrum.
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Ablationssystem, ein minimal invasives Verfahren für die Tumorbehandlung Hochintensiver, fokussierter Ultraschall (HIFU).
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Moderner 64-Zeilen CT.
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	Es stehen Langzeitbeatmungsgeräte zur Verfügung. Spezielle Beatmungsgeräte zur Langzeitbeatmung für Kinder sind ebenfalls vorhanden.

## **A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V**

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

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses	
Zugeordnete Notfallstufe	Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein

**Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt**  
 Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der speziellen Notfallversorgung (siehe A-14.2)

### A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Nr.	Module der Speziellen Notfallversorgung
SN06	Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

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

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?	Nein
Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden?	Ja

## **B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**

### **B-1 Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie**

#### **B-1.1 Allgemeine Angaben – Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie**

##### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	1500
<b>Art</b>	Hauptabteilung

##### Ärztliche Leitung

###### Chefärztin oder Chefarzt

<b>Funktion</b>	Chefarzt
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Prof. Dr. med. Wolfgang Timmermann
<b>Telefon</b>	02331/201-2064
<b>Fax</b>	02331/201-2092
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:allgemeinchirurgie.akh@agaplesion.de">allgemeinchirurgie.akh@agaplesion.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Grünstr. 35
<b>PLZ/Ort</b>	58095 Hagen
<b>Homepage</b>	<a href="http://www.akh-hagen.de/">http://www.akh-hagen.de/</a>

#### **B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

##### Angaben zu Zielvereinbarungen

<b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b>	Keine Vereinbarung geschlossen
-----------------------------------	--------------------------------

#### **B-1.3 Medizinische Leistungsangebote – Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie**

##### Nr. Medizinische Leistungsangebote – Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie

VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Notfallmedizin
VC21	Endokrine Chirurgie
VC22	Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC24	Tumorchirurgie
VC61	Dialyseshuntchirurgie
VC62	Portimplantation

## B-1.5 Fallzahlen – Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1263
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K40	166	Hernia inguinalis
2	K80	160	Cholelithiasis
3	K57	105	Divertikelkrankheit des Darmes
4	K35	88	Akute Appendizitis
5	C18	63	Bösartige Neubildung des Kolons
6	E04	60	Sonstige nichttoxische Struma
7	K56	53	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
8	C20	38	Bösartige Neubildung des Rektums
9	K61	37	Abszess in der Anal- und Rektalregion
10	K42	31	Hernia umbilicalis
11	K64	28	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
12	K43	27	Hernia ventralis
13	K81	27	Cholezystitis
14	K60	23	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion
15	R10	23	Bauch- und Beckenschmerzen

### B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

## B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-932	220	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
2	5-511	199	Cholezystektomie
3	9-984	173	Pflegebedürftigkeit
4	5-530	169	Verschluss einer Hernia inguinalis
5	5-455	118	Partielle Resektion des Dickdarmes
6	5-469	106	Andere Operationen am Darm
7	5-069	95	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen
8	5-470	92	Appendektomie

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
9	5-399	86	Andere Operationen an Blutgefäßen
10	5-892	59	Andere Inzision an Haut und Unterhaut
11	8-831	58	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
12	5-407	53	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation
13	5-541	49	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums
14	5-490	48	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion
15	8-800	48	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat

### **B-1.7.2** *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

### **B-1.8** **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Notfallambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Chirurgische Intensivmedizin (VC67)
<b>Angebotene Leistung</b>	Notfallmedizin (VC71)
<b>Privatambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VC58)
<b>Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VC56)



### **B-1.9      Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

<b>Rang</b>	<b>OPS-301</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	5-399	176	Andere Operationen an Blutgefäßen
2	5-530	32	Verschluss einer Hernia inguinalis
3	5-490	22	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion
4	5-493	12	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
5	5-534	12	Verschluss einer Hernia umbilicalis
6	5-897	11	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis
7	5-492	7	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals
8	5-850	5	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie
9	5-401	4	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
10	5-491	4	Operative Behandlung von Analfisteln
11	5-903	4	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut
12	1-444	< 4	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
13	1-502	< 4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision
14	1-694	< 4	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
15	5-482	< 4	Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums

### **B-1.10      Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

<b>Zulassung vorhanden</b>	
<b>Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Nein

## B-1.11 Personelle Ausstattung

### B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,19

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,19	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,19	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 103,60952

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,1

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,1	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 125,0495

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF34	Proktologie
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

### B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

***B-1.11.3      Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik***

**Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung:**      Nein

## **B-2 Anästhesie, Schmerz- und Intensivmedizin**

### **B-2.1 Allgemeine Angaben – Anästhesie, Schmerz- und Intensivmedizin**

#### **Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung**

<b>Fachabteilung</b>	Anästhesie, Schmerz- und Intensivmedizin
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	3700
<b>Art</b>	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

#### **Ärztliche Leitung**

##### **Chefärztin oder Chefarzt**

<b>Funktion</b>	Chefarzt
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. med. Dirk Breukelmann
<b>Telefon</b>	02331/201-2001
<b>Fax</b>	02331/201-2006
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:anaesthesie.akh@agaplesion.de">anaesthesie.akh@agaplesion.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Grünstr. 35
<b>PLZ/Ort</b>	58095 Hagen
<b>Homepage</b>	<a href="http://www.akh-hagen.de/">http://www.akh-hagen.de/</a>

### **B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

#### **Angaben zu Zielvereinbarungen**

<b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b>	Keine Vereinbarung geschlossen
-----------------------------------	--------------------------------

### **B-2.3 Medizinische Leistungsangebote – Anästhesie, Schmerz- und Intensivmedizin**

### **B-2.5 Fallzahlen – Anästhesie, Schmerz- und Intensivmedizin**

#### **Fallzahlen**

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	0
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

### **B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Trifft nicht zu.

## B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-930	3115	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
2	8-980	472	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
3	8-706	273	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
4	8-903	249	(Analgo-)Sedierung
5	8-701	164	Einfache endotracheale Intubation
6	8-900	85	Intravenöse Anästhesie
7	8-704	26	Intubation mit Doppellumentubus
8	8-901	< 4	Inhalationsanästhesie
9	8-902	< 4	Balancierte Anästhesie
10	8-98f	< 4	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

### B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

## B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

## B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

## B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-2.11 Personelle Ausstattung

### B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 16,41

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,41	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,41	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,85

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,85	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,85	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

**Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person: 0

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ01	Anästhesiologie

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

**B-2.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0



**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

***B-2.11.3      Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik***

**Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung:**      Nein

## **B-3 Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

### **B-3.1 Allgemeine Angaben – Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

#### **Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung**

<b>Fachabteilung</b>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	2400
<b>Art</b>	Hauptabteilung

#### **Ärztliche Leitung**

##### **Chefärztin oder Chefarzt**

<b>Funktion</b>	Chefarzt
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. med. Askin Dogan
<b>Telefon</b>	02331/201-2164
<b>Fax</b>	02331/201-3119
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:gynaekologie.akh@agaplesion.de">gynaekologie.akh@agaplesion.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Grünstr. 35
<b>PLZ/Ort</b>	58095 Hagen
<b>Homepage</b>	<a href="http://www.akh-hagen.de/">http://www.akh-hagen.de/</a>

### **B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

#### **Angaben zu Zielvereinbarungen**

<b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b>	Keine Vereinbarung geschlossen
-----------------------------------	--------------------------------

### **B-3.3 Medizinische Leistungsangebote – Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

#### **Nr. Medizinische Leistungsangebote – Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
VG05	Endoskopische Operationen
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG12	Geburtshilfliche Operationen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote – Frauenheilkunde und Geburtshilfe
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG19	Ambulante Entbindung

### B-3.5 Fallzahlen – Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3895
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	Z38	1016	Lebendgeborene nach dem Geburtsort
2	O80	394	Spontangeburt eines Einlings
3	O34	173	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane
4	C50	164	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
5	O42	159	Vorzeitiger Blasensprung
6	O82	128	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]
7	O68	124	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]
8	O26	115	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
9	O21	90	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft
10	N83	82	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri
11	D25	80	Leiomyom des Uterus
12	O70	79	Dammriss unter der Geburt
13	O60	62	Vorzeitige Wehen und Entbindung
14	O14	57	Präeklampsie
15	O05	50	Sonstiger Abort

### **B-3.6.2** *Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

## **B-3.7** **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

### **B-3.7.1** *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

<b>Rang</b>	<b>OPS-301</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	1-208	1013	Registrierung evozierter Potenziale
2	9-262	1013	Postnatale Versorgung des Neugeborenen
3	5-758	449	Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]
4	9-260	393	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
5	5-749	365	Andere Sectio caesarea
6	5-740	327	Klassische Sectio caesarea
7	8-910	281	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
8	9-261	279	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
9	9-984	169	Pflegebedürftigkeit
10	5-690	151	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
11	5-730	149	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]
12	5-870	124	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammageewebe
13	5-651	119	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
14	1-672	113	Diagnostische Hysteroskopie
15	5-661	111	Salpingektomie

### **B-3.7.2** *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

## **B-3.8** **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

### **Notfallambulanz (24h)**

**Ambulanzart** Notfallambulanz (24h) (AM08)

### **Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)**

**Ambulanzart** Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)

**Angebotene Leistung** Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)

**Angebotene Leistung** Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01)

**Angebotene Leistung** Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02)

**Angebotene Leistung** Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03)

**Angebotene Leistung** Pränataldiagnostik und -therapie (VG09)

**Angebotene Leistung** Spezialsprechstunde (VG15)

### Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

<b>Ambulanzart</b>	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (AM06)
<b>Angebotene Leistung</b>	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren (LK33)

### Privatambulanz

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Geburtshilfliche Operationen (VG12)
<b>Angebotene Leistung</b>	Gynäkologische Chirurgie (VG06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Pränataldiagnostik und -therapie (VG09)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VG15)

### Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Pränataldiagnostik und -therapie (VG09)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VG15)

### B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-672	185	Diagnostische Hysteroskopie
2	5-690	137	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
3	5-671	65	Konisation der Cervix uteri
4	1-472	53	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri
5	1-471	45	Biopsie ohne Inzision am Endometrium
6	1-694	34	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
7	5-651	10	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe
8	5-657	8	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung
9	5-691	7	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers
10	5-702	5	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes
11	5-711	5	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)
12	5-401	< 4	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
13	5-469	< 4	Andere Operationen am Darm
14	5-661	< 4	Salpingektomie
15	5-663	< 4	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]

### B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-3.11 Personelle Ausstattung

#### B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,34

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,34	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,34	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 417,02355

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte:** 4,58

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,58	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,58	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 850,43668

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

### **B-3.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

#### **Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

### **B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein



## B-4 Innere Medizin

### B-4.1 Allgemeine Angaben – Innere Medizin

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Innere Medizin
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Holger Beier
Telefon	02331/201-2247
Fax	02331/201-2309
E-Mail	<a href="mailto:inneremedizin.akh@agaplesion.de">inneremedizin.akh@agaplesion.de</a>
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	<a href="http://www.akh-hagen.de/">http://www.akh-hagen.de/</a>

### B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen
----------------------------	--------------------------------

### B-4.3 Medizinische Leistungsangebote – Innere Medizin

#### Nr. Medizinische Leistungsangebote – Innere Medizin

VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten

Nr.	Medizinische Leistungsangebote – Innere Medizin
VI20	Intensivmedizin
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI35	Endoskopie
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VR16	Phlebographie
VR02	Native Sonographie
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Duplexsonographie
VR06	Endosonographie

## B-4.5 Fallzahlen – Innere Medizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	4879
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J18	262	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
2	C18	210	Bösartige Neubildung des Kolons
3	C16	170	Bösartige Neubildung des Magens
4	C25	169	Bösartige Neubildung des Pankreas
5	J44	148	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
6	K29	144	Gastritis und Duodenitis
7	C34	131	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
8	N17	131	Akutes Nierenversagen
9	C90	111	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
10	I50	105	Herzinsuffizienz
11	C20	98	Bösartige Neubildung des Rektums
12	I10	97	Essentielle (primäre) Hypertonie
13	E11	93	Diabetes mellitus, Typ 2
14	N39	92	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
15	K92	87	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems

#### **B-4.6.2** *Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

### **B-4.7** **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

#### **B-4.7.1** *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

<b>Rang</b>	<b>OPS-301</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	9-984	2667	Pflegebedürftigkeit
2	1-632	1837	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
3	1-440	1152	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
4	1-650	758	Diagnostische Koloskopie
5	3-052	592	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
6	8-543	544	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
7	8-855	469	Hämodiafiltration
8	5-452	443	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
9	8-547	404	Andere Immuntherapie
10	1-620	374	Diagnostische Tracheobronchoskopie
11	8-542	360	Nicht komplexe Chemotherapie
12	8-800	347	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
13	1-444	299	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
14	8-831	294	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
15	3-055	269	Endosonographie der Gallenwege und der Leber

#### **B-4.7.2** *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

### **B-4.8** **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Notfallambulanz (24h)</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Intensivmedizin (VI20)
<b>Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Endoskopie (VI35)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VI27)

#### Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

<b>Ambulanzart</b>	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (AM17)
<b>Angebotene Leistung</b>	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (LK29)

#### Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (VI43)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten (VI05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)
<b>Angebotene Leistung</b>	Endoskopie (VI35)

#### Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

<b>Ambulanzart</b>	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (AM06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS (LK16)

### B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	818	Diagnostische Koloskopie
2	5-452	462	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
3	1-444	154	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
4	5-399	< 4	Andere Operationen an Blutgefäßen
5	5-429	< 4	Andere Operationen am Ösophagus
6	5-431	< 4	Gastrostomie
7	5-513	< 4	Endoskopische Operationen an den Gallengängen

## B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

<b>Zulassung vorhanden</b>	
Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein

## B-4.11 Personelle Ausstattung

### B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 24,21

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	24,21	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	24,21	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 201,52829

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,04

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,04	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,04	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 539,71239

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF07	Diabetologie
ZF09	Geriatric
ZF14	Infektiologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF30	Palliativmedizin

### **B-4.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

#### **Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

### **B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## **B-5 Kardiologie**

### **B-5.1 Allgemeine Angaben – Kardiologie**

#### **Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung**

<b>Fachabteilung</b>	Kardiologie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	0300
<b>Art</b>	Hauptabteilung

#### **Ärztliche Leitung**

##### **Chefärztin oder Chefarzt**

<b>Funktion</b>	Chefarzt
<b>Titel, Vorname, Name</b>	PD Dr. med. Kaffer Kara
<b>Telefon</b>	02331/201-2274
<b>Fax</b>	02331/201-2313
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:kardiologie.akh@agaplesion.de">kardiologie.akh@agaplesion.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Grünstr. 35
<b>PLZ/Ort</b>	58095 Hagen
<b>Homepage</b>	<a href="http://www.akh-hagen.de/">http://www.akh-hagen.de/</a>

### **B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

#### **Angaben zu Zielvereinbarungen**

<b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b>	Keine Vereinbarung geschlossen
-----------------------------------	--------------------------------

### **B-5.3 Medizinische Leistungsangebote – Kardiologie**

#### **Nr. Medizinische Leistungsangebote – Kardiologie**

VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI20	Intensivmedizin
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI34	Elektrophysiologie

### **B-5.5 Fallzahlen – Kardiologie**

#### **Fallzahlen**

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	3427
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0



## **B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

### **B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I20	566	Angina pectoris
2	R07	485	Hals- und Brustschmerzen
3	I48	412	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
4	I50	370	Herzinsuffizienz
5	I21	246	Akuter Myokardinfarkt
6	I25	206	Chronische ischämische Herzkrankheit
7	R55	155	Synkope und Kollaps
8	I10	143	Essentielle (primäre) Hypertonie
9	I47	81	Paroxysmale Tachykardie
10	R00	79	Störungen des Herzschlages
11	I49	67	Sonstige kardiale Arrhythmien
12	I34	55	Nichtreumatische Mitralklappenkrankheiten
13	I95	42	Hypotonie
14	Z45	41	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes
15	I26	40	Lungenembolie

### **B-5.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)**

## **B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

### **B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-83b	1608	Zusatzinformationen zu Materialien
2	1-275	1376	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
3	8-837	1160	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
4	8-933	929	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie
5	9-984	854	Pflegebedürftigkeit
6	1-266	424	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt
7	8-835	329	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen
8	1-265	303	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt
9	3-035	250	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
10	1-268	244	Kardiales Mapping
11	8-640	229	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
12	1-274	192	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	3-031	173	Komplexe differenzialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie
14	5-377	107	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders
15	8-831	105	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße

### **B-5.7.2** *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

## **B-5.8** **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Notfallambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Intensivmedizin (VI20)
<b>Privatambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VI27)
<b>Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)

### B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	102	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung

### B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-5.11 Personelle Ausstattung

#### B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 14,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,2	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 241,33803

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 5,78

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,78	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,78	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 592,90657

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ24	Innere Medizin und Angiologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin

**B-5.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:**

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

**B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung:      Nein

## B-6 Kinder- und Jugendmedizin

### B-6.1 Allgemeine Angaben – Kinder- und Jugendmedizin

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Kinder- und Jugendmedizin
Fachabteilungsschlüssel	1000
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jan-Claudius Becker
Telefon	02331/201-2436
Fax	02331/201-2438
E-Mail	<a href="mailto:paediatric.akh@agaplesion.de">paediatric.akh@agaplesion.de</a>
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	<a href="http://www.akh-hagen.de/">http://www.akh-hagen.de/</a>

### B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen
----------------------------	--------------------------------

### B-6.3 Medizinische Leistungsangebote – Kinder- und Jugendmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote – Kinder- und Jugendmedizin
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum
VK32	Kindertraumatologie

## B-6.5 Fallzahlen – Kinder- und Jugendmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	2627
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	G40	282	Epilepsie
2	J20	266	Akute Bronchitis
3	A09	181	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
4	J06	135	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege
5	E10	84	Diabetes mellitus, Typ 1
6	A08	83	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen
7	J12	74	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert
8	R56	71	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert
9	R55	65	Synkope und Kollaps
10	B99	64	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten
11	S06	61	Intrakranielle Verletzung
12	F89	42	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung
13	N10	40	Akute tubulointerstitielle Nephritis
14	K59	39	Sonstige funktionelle Darmstörungen
15	R07	36	Hals- und Brustschmerzen

### B-6.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

## B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-207	1225	Elektroenzephalographie [EEG]
2	9-984	346	Pflegebedürftigkeit
3	8-98g	158	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
4	6-003	41	Applikation von Medikamenten, Liste 3
5	1-710	28	Ganzkörperplethysmographie
6	1-204	27	Untersuchung des Liquorsystems

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
7	8-711	10	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen
8	8-800	10	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
9	8-560	8	Lichttherapie
10	8-984	7	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
11	8-831	6	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
12	8-010	5	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen
13	8-987	5	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
14	5-431	4	Gastrostomie
15	8-810	4	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen

### **B-6.7.2** *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

### **B-6.8** *Ambulante Behandlungsmöglichkeiten*

<b>Notfallambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VK08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) (VK05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VK07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (VK06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen (VK03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen (VK01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen (VK04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen (VK15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Allergien (VK13)
<b>Angebotene Leistung</b>	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin (VK12)
<b>Angebotene Leistung</b>	Neugeborenencreening (VK25)



#### Sozialpädiatrisches Zentrum Hagen (SPZ)

<b>Ambulanzart</b>	Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V (AM03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter (VK26)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes (VK27)
<b>Angebotene Leistung</b>	Neuropädiatrie (VK34)
<b>Angebotene Leistung</b>	Sozialpädiatrisches Zentrum (VK35)

#### Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener (VK22)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VK08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) (VK05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VK07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (VK06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen (VK03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen (VK01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen (VK04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen (VK15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Allergien (VK13)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen (VK20)
<b>Angebotene Leistung</b>	Neonatologie (VK36)
<b>Angebotene Leistung</b>	Neugeborenencreening (VK25)
<b>Angebotene Leistung</b>	Neuropädiatrie (VK34)
<b>Angebotene Leistung</b>	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärztinnen und Frauenärzten (VK24)

#### Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

<b>Ambulanzart</b>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener (VK22)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VK08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen (VK16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen (VK15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Neuropädiatrie (VK34)
<b>Angebotene Leistung</b>	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärztinnen und Frauenärzten (VK24)

#### B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-431	< 4	Gastrostomie

#### B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

<b>Zulassung vorhanden</b>	
<b>Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Nein

## B-6.11 Personelle Ausstattung

### B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 22,5

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	22,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 116,75556

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,48

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,48	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,48	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 277,1097

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF20	Kinder-Pneumologie
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –

#### **B-6.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

#### **Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:**

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

**Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

**B-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung:      Nein

## B-7 Neonatologie

### B-7.1 Allgemeine Angaben – Neonatologie

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Neonatologie
Fachabteilungsschlüssel	1200
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jan-Claudius Becker
Telefon	02331/201-2436
Fax	02331/201-2438
E-Mail	<a href="mailto:paediatric.akh@agaplesion.de">paediatric.akh@agaplesion.de</a>
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	<a href="http://www.akh-hagen.de/">http://www.akh-hagen.de/</a>

### B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen
----------------------------	--------------------------------

### B-7.3 Medizinische Leistungsangebote – Neonatologie

#### Nr. Medizinische Leistungsangebote – Neonatologie

VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
VK02	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote – Neonatologie
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK23	Versorgung von Mehrlingen
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärztinnen und Frauenärzten
VK25	Neugeborenencreening
VK36	Neonatologie

## B-7.5 Fallzahlen – Neonatologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	345
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	P07	144	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert
2	P59	36	Neugeborenenikterus durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen
3	P22	32	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen
4	P70	17	Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind
5	P28	10	Sonstige Störungen der Atmung mit Ursprung in der Perinatalperiode
6	J12	8	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert
7	P20	8	Intrauterine Hypoxie
8	P02	6	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Komplikationen von Plazenta, Nabelschnur und Eihäuten
9	P81	6	Sonstige Störungen der Temperaturregulation beim Neugeborenen
10	Q90	6	Down-Syndrom
11	P92	5	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen
12	J20	4	Akute Bronchitis
13	Z03	4	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen
14	A08	< 4	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen
15	A09	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs

### **B-7.6.2** *Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

## **B-7.7** **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

### **B-7.7.1** *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

<b>Rang</b>	<b>OPS-301</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	1-208	292	Registrierung evozierter Potenziale
2	9-262	228	Postnatale Versorgung des Neugeborenen
3	8-010	204	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen
4	8-711	96	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen
5	8-560	77	Lichttherapie
6	1-207	53	Elektroenzephalographie [EEG]
7	8-831	44	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
8	8-720	30	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen
9	6-003	27	Applikation von Medikamenten, Liste 3
10	8-800	13	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
11	8-987	9	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
12	8-98g	9	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
13	8-144	5	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
14	1-944	4	Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen, Säuglingen und Kindern
15	6-004	4	Applikation von Medikamenten, Liste 4

### **B-7.7.2** *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

## **B-7.8** **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Ambulanzart</b>	<b>Notfallambulanz (24h) (AM08)</b>
<b>Angebotene Leistung</b>	Neonatologie (VK36)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialprechstunde (VK29)

## **B-7.9** **Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu.



## B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

### Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden      Nein

## B-7.11 Personelle Ausstattung

### B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte:      1,99

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,99	Personal ist der pädiatrischen Klinik zugeordnet
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,99	Personal ist der pädiatrischen Klinik zugeordnet
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 173,36683

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,99

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,99	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 173,36683

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

### B-7.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ20	Praxisanleitung

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

### B-7.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## **B-8 Orthopädie**

### **B-8.1 Allgemeine Angaben – Orthopädie**

#### **Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung**

<b>Fachabteilung</b>	Orthopädie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	2300
<b>Art</b>	Hauptabteilung

#### **Ärztliche Leitung**

##### **Chefärztin oder Chefarzt**

<b>Funktion</b>	Chefarzt
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dr. med. Bernd Stuckmann
<b>Telefon</b>	02331/201-2530
<b>Fax</b>	02331/201-2532
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:orthopaedie.akh@agaplesion.de">orthopaedie.akh@agaplesion.de</a>
<b>Straße/Nr</b>	Grünstr. 35
<b>PLZ/Ort</b>	58095 Hagen
<b>Homepage</b>	<a href="http://www.akh-hagen.de/">http://www.akh-hagen.de/</a>

### **B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

#### **Angaben zu Zielvereinbarungen**

<b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b>	Keine Vereinbarung geschlossen
-----------------------------------	--------------------------------

### **B-8.3 Medizinische Leistungsangebote – Orthopädie**

<b>Nr.</b>	<b>Medizinische Leistungsangebote – Orthopädie</b>
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VO19	Schulterchirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

## B-8.5 Fallzahlen – Orthopädie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1002
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M51	130	Sonstige Bandscheibenschäden
2	M54	130	Rückenschmerzen
3	M17	91	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
4	M16	80	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
5	M48	75	Sonstige Spondylopathien
6	M75	48	Schulterläsionen
7	T84	47	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
8	M23	42	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]
9	S32	29	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
10	M00	16	Eitrige Arthritis
11	M22	16	Krankheiten der Patella
12	M19	15	Sonstige Arthrose
13	S22	15	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
14	M21	14	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten
15	M80	14	Osteoporose mit pathologischer Fraktur

### B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

## B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	276	Pflegebedürftigkeit
2	5-810	123	Arthroskopische Gelenkoperation
3	5-812	122	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
4	8-914	121	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie
5	5-820	94	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
6	5-83b	91	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule
7	5-822	90	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	5-811	87	Arthroskopische Operation an der Synovialis
9	5-032	81	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis
10	5-839	77	Andere Operationen an der Wirbelsäule
11	5-984	70	Mikrochirurgische Technik
12	8-800	61	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
13	5-986	59	Minimalinvasive Technik
14	8-910	59	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
15	5-814	55	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes

### **B-8.7.2** *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

### **B-8.8** **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Notfallambulanz (24h)</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
<b>Angebotene Leistung</b>	Fußchirurgie (VO15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
<b>Angebotene Leistung</b>	Handchirurgie (VO16)
<b>Angebotene Leistung</b>	Schulterchirurgie (VO19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Wirbelsäulenchirurgie (VC65)

#### **Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)**

<b>Ambulanzart</b>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Arthroskopische Operationen (VC66)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Kinderorthopädie (VO12)
<b>Angebotene Leistung</b>	Rheumachirurgie (VO17)

#### **Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V**

<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Arthroskopische Operationen (VC66)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln (VO06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (VO07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (VO05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (VO10)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes (VO02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Endoprothetik (VO14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Fußchirurgie (VO15)
<b>Angebotene Leistung</b>	Rheumachirurgie (VO17)
<b>Angebotene Leistung</b>	Schulterchirurgie (VO19)
<b>Angebotene Leistung</b>	Wirbelsäulenchirurgie (VC65)

## B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-812	177	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
2	5-787	55	Entfernung von Osteosynthesematerial
3	5-811	47	Arthroskopische Operation an der Synovialis
4	5-790	17	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
5	5-810	17	Arthroskopische Gelenkoperation
6	5-788	8	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
7	5-796	6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen
8	5-808	5	Offen chirurgische Arthrodesen
9	5-859	5	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln
10	5-782	4	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe
11	5-041	< 4	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven
12	5-056	< 4	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
13	5-800	< 4	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes
14	5-813	< 4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes
15	5-814	< 4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes

## B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-8.11 Personelle Ausstattung

### B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,53

Personal aufgeteilt nach:



Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,53	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,53	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 153,44564

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte:** 4,68

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,68	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,68	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 214,10256

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie

### **B-8.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

#### **Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

### **B-8.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## B-9 Unfallchirurgie

### B-9.1 Allgemeine Angaben – Unfallchirurgie

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Unfallchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1600
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Andreas Silvio Hengstmann
Telefon	02331/201-2472
Fax	02331/201-2480
E-Mail	<a href="mailto:unfallchirurgie.akh@agaplesion.de">unfallchirurgie.akh@agaplesion.de</a>
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	<a href="http://www.akh-hagen.de/">http://www.akh-hagen.de/</a>

### B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen
----------------------------	--------------------------------

### B-9.3 Medizinische Leistungsangebote – Unfallchirurgie

#### Nr. Medizinische Leistungsangebote – Unfallchirurgie

VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen



Nr.	Medizinische Leistungsangebote – Unfallchirurgie
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie
VO19	Schulterchirurgie

## B-9.5 Fallzahlen – Unfallchirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1480
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S52	149	Fraktur des Unterarmes
2	S82	139	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
3	S42	136	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
4	S06	135	Intrakranielle Verletzung
5	S72	130	Fraktur des Femurs
6	S00	120	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
7	S32	63	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
8	S22	48	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
9	S30	39	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
10	S83	28	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes
11	T84	24	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
12	S20	23	Oberflächliche Verletzung des Thorax
13	S70	23	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels
14	M75	22	Schulterläsionen
15	S92	22	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]

**B-9.6.2** *Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

**B-9.7** **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

**B-9.7.1** *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	419	Pflegebedürftigkeit
2	5-794	314	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
3	5-790	142	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
4	8-800	104	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
5	5-787	99	Entfernung von Osteosynthesematerial
6	5-896	86	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
7	5-916	86	Temporäre Weichteildeckung
8	5-892	85	Andere Inzision an Haut und Unterhaut
9	5-793	74	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
10	5-792	63	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens
11	5-796	57	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen
12	5-869	57	Andere Operationen an den Bewegungsorganen
13	5-820	56	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
14	5-784	55	Knochentransplantation und -transposition
15	5-900	53	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut

**B-9.7.2** *Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

**B-9.8** **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Notfallambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)

#### **D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz**

<b>Ambulanzart</b>	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)
<b>Angebotene Leistung</b>	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
<b>Angebotene Leistung</b>	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik (VC28)
<b>Angebotene Leistung</b>	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)

#### **Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)**

<b>Ambulanzart</b>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
<b>Angebotene Leistung</b>	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)

#### Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Bandrekonstruktionen/Plastiken (VC27)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
<b>Angebotene Leistung</b>	Metall-/Fremdkörperentfernungen (VC26)

#### B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-201	5	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese
2	5-782	< 4	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe
3	5-787	< 4	Entfernung von Osteosynthesematerial
4	5-788	< 4	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
5	5-790	< 4	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
6	5-810	< 4	Arthroskopische Gelenkoperation
7	5-811	< 4	Arthroskopische Operation an der Synovialis
8	5-812	< 4	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
9	5-840	< 4	Operationen an Sehnen der Hand
10	5-841	< 4	Operationen an Bändern der Hand
11	5-846	< 4	Arthrodesen an Gelenken der Hand
12	5-850	< 4	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie
13	5-859	< 4	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln



## B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

<b>Zulassung vorhanden</b>	
Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Ja
Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Ja

## B-9.11 Personelle Ausstattung

### B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,99

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,99	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,99	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 247,07846

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,08	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 362,7451

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie

### **B-9.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

#### **Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

### **B-9.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## B-10 Urologie

### B-10.1 Allgemeine Angaben – Urologie

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Urologie
Fachabteilungsschlüssel	2200
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Wilfried Martin
Telefon	02331/201-2656
Fax	02331/201-2680
E-Mail	<a href="mailto:urologie.akh@agaplesion.de">urologie.akh@agaplesion.de</a>
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	<a href="http://www.akh-hagen.de/">http://www.akh-hagen.de/</a>

### B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen
----------------------------	--------------------------------

### B-10.3 Medizinische Leistungsangebote – Urologie

#### Nr. Medizinische Leistungsangebote – Urologie

VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen

### B-10.5 Fallzahlen – Urologie

#### Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	1956
Teilstationäre Fallzahl	0

## **B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

### **B-10.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

<b>Rang</b>	<b>ICD-10</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	N13	318	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie
2	C67	302	Bösartige Neubildung der Harnblase
3	N20	269	Nieren- und Ureterstein
4	N40	179	Prostatahyperplasie
5	C61	146	Bösartige Neubildung der Prostata
6	N10	81	Akute tubulointerstitielle Nephritis
7	C62	55	Bösartige Neubildung des Hodens
8	N41	48	Entzündliche Krankheiten der Prostata
9	N30	44	Zystitis
10	N32	43	Sonstige Krankheiten der Harnblase
11	N45	40	Orchitis und Epididymitis
12	R31	37	Nicht näher bezeichnete Hämaturie
13	C64	33	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
14	N39	31	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
15	R39	24	Sonstige Symptome, die das Harnsystem betreffen

### **B-10.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)**

## **B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

### **B-10.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

<b>Rang</b>	<b>OPS-301</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	3-13d	597	Urographie
2	8-132	469	Manipulationen an der Harnblase
3	9-984	462	Pflegebedürftigkeit
4	8-137	404	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
5	1-661	358	Diagnostische Urethrozystoskopie
6	5-573	331	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
7	5-572	280	Zystostomie
8	5-562	186	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
9	5-601	177	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe
10	5-585	159	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra
11	5-550	151	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung
12	8-542	97	Nicht komplexe Chemotherapie

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	3-13f	80	Zystographie
14	1-665	79	Diagnostische Ureterorenoskopie
15	8-910	76	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie

### **B-10.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)**

### **B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

<b>Notfallambulanz (24h)</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz (VU02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems (VU07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten (VU01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03)
<b>Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) (AM05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)
<b>Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (AM17)
<b>Angebotene Leistung</b>	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren (LK36)

<b>Privatambulanz</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz (VU02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems (VU07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten (VU01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Kinderurologie (VU08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Spezialsprechstunde (VU14)

<b>Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V</b>	
<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz (VU02)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems (VU07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten (VU01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03)
<b>Angebotene Leistung</b>	Kinderurologie (VU08)
<b>Angebotene Leistung</b>	Minimalinvasive endoskopische Operationen (VU12)
<b>Angebotene Leistung</b>	Minimalinvasive laparoskopische Operationen (VU11)
<b>Angebotene Leistung</b>	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik (VU19)

## **B-10.9      Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

<b>Rang</b>	<b>OPS-301</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	5-640	189	Operationen am Präputium
2	8-110	63	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen
3	8-137	53	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
4	1-661	45	Diagnostische Urethrozystoskopie
5	5-624	42	Orchidopexie
6	5-636	26	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens
7	5-611	22	Operation einer Hydrocele testis



Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	5-585	15	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra
9	5-631	13	Exzision im Bereich der Epididymis
10	5-630	9	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici
11	5-572	8	Zystostomie
12	5-429	6	Andere Operationen am Ösophagus
13	5-490	< 4	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion
14	5-530	< 4	Verschluss einer Hernia inguinalis
15	5-562	< 4	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung

## B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-10.11 Personelle Ausstattung

### B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,69	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,69	
Nicht Direkt	0	



**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 201,85759

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte:** 6,31

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,31	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,31	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 309,98415

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ60	Urologie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie

### **B-10.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

#### **Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

### **B-10.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## B-11 Radiologie

### B-11.1 Allgemeine Angaben – Radiologie

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Radiologie
Fachabteilungsschlüssel	3751
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

#### Ärztliche Leitung

##### Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ursula Kasper
Telefon	02331/201-2374
Fax	02331/201-2365
E-Mail	<a href="mailto:radiologie.akh@agaplesion.de">radiologie.akh@agaplesion.de</a>
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	<a href="http://www.akh-hagen.de/">http://www.akh-hagen.de/</a>

### B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen
----------------------------	--------------------------------

### B-11.3 Medizinische Leistungsangebote – Radiologie

#### Nr. Medizinische Leistungsangebote – Radiologie

VR42	Kinderradiologie
VR43	Neuroradiologie
VR44	Teleradiologie
VR10	Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung

## **B-11.5 Fallzahlen – Radiologie**

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

## **B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

### *B-11.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD*

### *B-11.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

## **B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

### *B-11.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-225	1040	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
2	3-226	824	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
3	3-200	772	Native Computertomographie des Schädels
4	3-222	728	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
5	3-800	338	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
6	3-203	221	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
7	3-202	198	Native Computertomographie des Thorax
8	3-206	193	Native Computertomographie des Beckens
9	3-802	186	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
10	8-522	153	Hochvoltstrahlentherapie
11	3-207	144	Native Computertomographie des Abdomens
12	3-205	135	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
13	3-220	109	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
14	3-611	84	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax
15	3-820	80	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel

### *B-11.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

## **B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu.

## **B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu.

## B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

### Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden      Nein

## B-11.11 Personelle Ausstattung

### B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte:      7,49

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,49	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,49	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:      0

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte:      4,6

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

**Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person: 0

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ54	Radiologie

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

### **B-11.11.2 Pflegepersonal**

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

#### **Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### **Personal in Fachabteilung**

Anzahl Vollkräfte: 0

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

### **B-11.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

## C Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	74	100,00 %	74	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	15	100,00 %	15	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	< 4	< 4	< 4	
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	28	100,00 %	28	
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	19	100,00 %	19	
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	6	100,00 %	6	
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (15/1)	312	100,32 %	313	
Geburtshilfe (16/1)	1230	100,16 %	1232	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	47	100,00 %	47	
Mammachirurgie (18/1)	142	100,00 %	142	
Dekubitusprophylaxe (DEK)	236	100,85 %	238	
Herzchirurgie (HCH)	29	103,45 %	30	
Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgische Operation (HCH_KC)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Offen chirurgische Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_CHIR)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.



Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe (HCH_MK_KATH)	29	103,45 %	30	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	153	100,65 %	154	
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	134	100,75 %	135	
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	21	100,00 %	21	
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation (HTXM_TX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	89	100,00 %	89	
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	84	100,00 %	84	
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	5	100,00 %	5	
Leberlebendspende (LLS)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatologie (NEO)	239	100,00 %	239	
Nierenlebendspende (NLS)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Dokumentierte Datensätze	Kommentar
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	1213	101,40 %	1230	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	315	104,76 %	330	
Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation (PNTX)	0		0	In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

### C-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

#### C-1.2.[1] A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

#### C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung des Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	2005
Grundgesamtheit	330
Beobachtete Ereignisse	320
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,97%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,98 - 99,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,51 - 98,35%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2006
Grundgesamtheit	327

Beobachtete Ereignisse	317
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,94%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,02 - 99,09%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,46 - 98,33%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2007
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,91 - 98,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	2009
Grundgesamtheit	217
Beobachtete Ereignisse	194
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	89,40%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,95 - 93,21%

Vertrauensbereich (Krankenhaus)	84,60 - 92,83%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	H99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar beauftragte Stelle	rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
Ergebnis-ID	2013
Grundgesamtheit	135
Beobachtete Ereignisse	127
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,07%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,65 - 92,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,74 - 96,97%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist
Ergebnis-ID	2028
Grundgesamtheit	227
Beobachtete Ereignisse	220
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,92%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,84 - 96,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,77 - 98,50%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
Ergebnis-ID	2036
Grundgesamtheit	220
Beobachtete Ereignisse	197
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	89,55%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,64 - 98,75%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	84,80 - 92,93%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	50722
Grundgesamtheit	325
Beobachtete Ereignisse	311
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	95,69%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,64 - 96,77%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,90 - 97,42%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	219
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	17,26
Ergebnis (Einheit)	0,75
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,91 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 0,99
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,44 - 1,25
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	231900
Grundgesamtheit	252
Beobachtete Ereignisse	34
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	13,49%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	16,67 - 17,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	9,82 - 18,26%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	232008_231900

Grundgesamtheit	330
Beobachtete Ereignisse	56
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	16,97%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,14 - 18,43%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	13,31 - 21,39%
Bewertung des Stellungsverfahren	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	232007_50778
Grundgesamtheit	283
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	29,24
Ergebnis (Einheit)	0,86
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 0,83
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,59 - 1,23
Bewertung des Stellungsverfahren	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232009_50722
Grundgesamtheit	247
Beobachtete Ereignisse	238
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,36%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	96,49 - 96,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,22 - 98,07%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde
<b>Ergebnis-ID</b>	232010_50778
<b>Grundgesamtheit</b>	64
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	12
<b>Erwartete Ereignisse</b>	11,98
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,65 - 0,67
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,59 - 1,60
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	232000_2005
<b>Grundgesamtheit</b>	252
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	244
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	96,83%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,84 - 98,94%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,86 - 98,38%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-





Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232001_2006
Grundgesamtheit	250
Beobachtete Ereignisse	242
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,80%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,88 - 98,98%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,81 - 98,37%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232002_2007
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,54 - 98,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	232003_2009
Grundgesamtheit	228
Beobachtete Ereignisse	200
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	87,72%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,52 - 92,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	82,82 - 91,37%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232004_2013
Grundgesamtheit	105
Beobachtete Ereignisse	99
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,29%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,97 - 93,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,09 - 97,36%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232005_2028
Grundgesamtheit	182
Beobachtete Ereignisse	177
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,25%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,28 - 95,51%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,73 - 98,82%
Bewertung des Stellungsverfahren	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232006_2036
Grundgesamtheit	177
Beobachtete Ereignisse	158
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	89,27%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,59 - 98,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	83,84 - 93,02%
Bewertung des Stellungsverfahren	-

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	16189
Beobachtete Ereignisse	52
Erwartete Ereignisse	39,09
Ergebnis (Einheit)	1,33
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,68 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,17 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,01 - 1,74
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhaus-aufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	16189
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,02%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	16189
Beobachtete Ereignisse	34
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,21%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,36 - 0,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,15 - 0,29%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben
Ergebnis-ID	521800
Grundgesamtheit	16189
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,02%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskulatur (Faszie) reichen (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3).
<b>Ergebnis-ID</b>	521801
<b>Grundgesamtheit</b>	16189
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	18
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,11%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,06 - 0,07%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,07 - 0,18%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend
<b>Ergebnis-ID</b>	318
<b>Grundgesamtheit</b>	76
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	74
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	97,37%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 90,00\%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,61 - 97,07%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	90,90 - 99,28%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	321
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,22 - 0,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein
Ergebnis-ID	330
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	82,35%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,35 - 97,21%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	66,49 - 91,65%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten
Ergebnis-ID	1058
Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,13 - 0,32%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 16,11%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Perioperative Antibiotikaprohylaxe bei Kaiserschnittentbindung</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben
Ergebnis-ID	50045
Grundgesamtheit	481
Beobachtete Ereignisse	479
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,58%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,97 - 99,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,50 - 99,89%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Azidose bei reifen Einlingen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
<b>Ergebnis-ID</b>	51397
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,37
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,92 - 1,02
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,06 - 2,06
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51803
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,13
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,32
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,98 - 1,03
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,02 - 0,72
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Azidose bei frühgeborenen Einlingen</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
Ergebnis-ID	51831
Grundgesamtheit	122
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,00
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,40 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,18
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,74
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Kaiserschnittgeburt</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
Ergebnis-ID	52249
Grundgesamtheit	1221
Beobachtete Ereignisse	480
Erwartete Ereignisse	391,94
Ergebnis (Einheit)	1,22
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,26 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,14 - 1,31
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
Ergebnis-ID	181800
Grundgesamtheit	750
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,77
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,20 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 0,97
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,93
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung der Kennzahl	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen
Ergebnis-ID	182010
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,17 - 0,23%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen
<b>Ergebnis-ID</b>	182011
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,83 - 3,06%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen
<b>Ergebnis-ID</b>	182014
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	9,08 - 9,32%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern</b>
	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51808_51803
<b>Grundgesamtheit</b>	1088
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,19
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,03 - 1,36
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 19,88
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51813_51803
<b>Grundgesamtheit</b>	1087
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	2,40
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,96 - 1,07
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 1,60
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter - 16</b>



<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51818_51803
<b>Grundgesamtheit</b>	1078
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	2,81
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,89 - 0,98
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 1,36
<b>Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens</b>	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH &lt; 7,00)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51823_51803
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,40
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,01 - 1,11
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,07 - 2,27
<b>Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens</b>	-
<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 1</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
<b>Ergebnis-ID</b>	182000_52249
<b>Grundgesamtheit</b>	236
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	50
<b>Erwartete Ereignisse</b>	

Ergebnis (Einheit)	21,19%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,76 - 19,12%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	16,46 - 26,84%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 2</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182001_52249
Grundgesamtheit	126
Beobachtete Ereignisse	65
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	51,59%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	45,59 - 46,21%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	42,94 - 60,14%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 3</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182002_52249
Grundgesamtheit	339
Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	5,90%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,79 - 3,97%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,85 - 8,94%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 4</b>



<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182003_52249
Grundgesamtheit	124
Beobachtete Ereignisse	36
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	29,03%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	21,13 - 21,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	21,77 - 37,56%
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 5</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182004_52249
Grundgesamtheit	218
Beobachtete Ereignisse	176
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	80,73%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	71,44 - 71,99%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,98 - 85,42%
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 6</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182005_52249
Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	82,61%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	



Vertrauensbereich (bundesweit)	92,64 - 93,36%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	62,86 - 93,02%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 7</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182006_52249
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	88,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	85,95 - 87,21%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	70,04 - 95,83%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 8</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden
Ergebnis-ID	182007_52249
Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	47
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	75,06 - 76,11%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	83,78 - 97,94%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 9</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182008_52249
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,86 - 100,00%

Vertrauensbereich (Krankenhaus)	60,97 - 100,00%
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Robson-Klassifikation - Ebene 10</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182009_52249
Grundgesamtheit	110
Beobachtete Ereignisse	63
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	57,27%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	43,91 - 44,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	47,94 - 66,12%
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
Ergebnis-ID	181801_181800
Grundgesamtheit	703
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,58
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,77 - 0,95
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 6,60
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
Ergebnis-ID	181802_181800
Grundgesamtheit	47

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,20
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 - 1,08
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 18,11
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	612
Grundgesamtheit	90
Beobachtete Ereignisse	82
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	91,11%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 74,46 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,41 - 89,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	83,43 - 95,43%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	10211
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,00 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	7,20 - 8,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 18,43%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
Ergebnis-ID	12874
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 5,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 1,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen
Ergebnis-ID	51906
Grundgesamtheit	244
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,52
Ergebnis (Einheit)	2,63
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 4,18$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,11
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,03 - 6,65
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheeter
Ergebnis-ID	52283
Grundgesamtheit	184
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,80%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,05 - 3,27%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,85 - 7,64%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60685
Grundgesamtheit	110
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,66 - 0,83%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,37%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60686
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	27,78%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 42,35 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,56 - 20,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	12,50 - 50,87%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	172000_10211
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,90 - 12,55%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 39,03%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172001_10211
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,39 - 14,67%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 43,45%
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52307
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	56
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,34 - 98,53%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,58 - 100,00%
Bewertung des Stellungsnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungsnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	111801
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	

Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,30 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,12 - 0,26%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 20,39%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
Ergebnis-ID	2194
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,41
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,69 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,02 - 1,80
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	2195
Grundgesamtheit	55
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,23
Ergebnis (Einheit)	0,00



#### Risikoadjustierte Rate

Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,34 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,12
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 16,07
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51191
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,03
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,38 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,18 - 5,54
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Ergebnis-ID	52139
Grundgesamtheit	89
Beobachtete Ereignisse	73
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	82,02%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,34 - 88,76%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	72,77 - 88,62%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52305
Grundgesamtheit	273
Beobachtete Ereignisse	264
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,70%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,03 - 95,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,85 - 98,26%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52311
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,20 - 1,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Ergebnis-ID	54140
Grundgesamtheit	67
Beobachtete Ereignisse	67

<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	99,56 - 99,65%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	94,58 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dosis-Flächen-Produkt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	101800
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,23
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,11 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,84 - 0,90
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,04 - 1,21
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
<b>Ergebnis-ID</b>	101801
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,60 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 0,98%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	101802
Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	18,92%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	50,37 - 51,10%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	11,62 - 29,29%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	101803
Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	73
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,65%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,11 - 96,39%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,73 - 99,76%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	51404
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 7,25 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,05 - 1,38
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 84,71
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
<b>Ergebnis-ID</b>	52315
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,59 - 1,03%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	121800
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,10 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,29%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators	<b>Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	10271
Grundgesamtheit	141
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,41
Ergebnis (Einheit)	1,66
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,27 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,80 - 0,86
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,52 - 3,86
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54001
Grundgesamtheit	83
Beobachtete Ereignisse	77
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	92,77%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,60 - 97,74%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	85,11 - 96,64%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54002
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	86,36%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 86,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,46 - 92,23%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	66,67 - 95,25%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54003
Grundgesamtheit	

<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 15,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	9,06 - 9,49%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sturzprophylaxe</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
<b>Ergebnis-ID</b>	54004
<b>Grundgesamtheit</b>	119
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	114
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	95,80%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,89 - 97,04%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	90,54 - 98,19%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	54012
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,58
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,42 (95. Perzentil)



Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,20 - 1,64
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54013
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,04 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54015
Grundgesamtheit	52
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	5,52
Ergebnis (Einheit)	1,99
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,25 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,15 - 3,20
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54016
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,77 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,31 - 1,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54017
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	21,05%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,44 - 8,26%

Vertrauensbereich (Krankenhaus)	8,51 - 43,33%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	H99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar beauftragte Stelle	rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
Ergebnis-ID	54018
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,63 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,37 - 4,69%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54019
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 8,01 % (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	2,21 - 2,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54120
Grundgesamtheit	22
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	2,79
Ergebnis (Einheit)	1,44
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,02$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,58 - 3,04
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	191914
Grundgesamtheit	52
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	3,00
Ergebnis (Einheit)	3,33
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,10
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,87 - 5,52
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Implantatassoziierte Komplikationen</b>

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
--	---

Ergebnis-ID	191800_54120
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,72
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,11
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,48 - 5,26
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Weichteilkomplikationen</b>
---------------------------------	--------------------------------

<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde) (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
--	--

Ergebnis-ID	191801_54120
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,31
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,36 - 3,94
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)
Ergebnis-ID	54029
Grundgesamtheit	47
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,35 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,79 - 2,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 7,56%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Präoperative Verweildauer</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54030
Grundgesamtheit	47
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	10,64%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,60 - 10,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	4,63 - 22,59%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	54033
<b>Grundgesamtheit</b>	36
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	6,58
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,76
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,22 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,00 - 1,04
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,33 - 1,57
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	54042
<b>Grundgesamtheit</b>	47
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	7
<b>Erwartete Ereignisse</b>	4,54
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,54
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,42 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,01 - 1,06
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,77 - 2,87
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	54046
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,85
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,03 - 1,10
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,24 - 2,86
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sturzprophylaxe</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
<b>Ergebnis-ID</b>	54050
<b>Grundgesamtheit</b>	38
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	37
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	97,37%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 90,00\%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	97,22 - 97,48%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	86,51 - 99,53%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52321
Grundgesamtheit	68
Beobachtete Ereignisse	68
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,72 - 98,90%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,65 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	141800
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,80\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,12 - 0,30%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 16,82%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen
Ergebnis-ID	50005
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,50 - 97,92%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,94 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51186
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,17
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 6,48$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,38
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 19,51
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
Ergebnis-ID	52131
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	36
Erwartete Ereignisse	

<b>Ergebnis (Einheit)</b>	87,80%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 60,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	91,53 - 92,16%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	74,46 - 94,68%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren -Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
<b>Ergebnis-ID</b>	52316
<b>Grundgesamtheit</b>	67
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	67
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,02 - 96,31%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	94,58 - 100,00%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren -Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sondendislokation oder -dysfunktion</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
<b>Ergebnis-ID</b>	52325
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,76 - 1,03%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	H99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
<b>Kommentar beauftragte Stelle</b>	rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	131801
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,41
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,35 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,69 - 0,76
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,07 - 1,95
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	131802
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,50 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,75 - 1,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 12,06%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	131803
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	50,03 - 51,46%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	132001
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,08
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,65 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 1,08
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,06 - 4,75
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren -Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Infektionen oder Aggregatperforationen), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	132002
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,18
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,03 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 1,20
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 20,00
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51196
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,13 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,23
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 47,02
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators	<b>Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
Ergebnis-ID	52324
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,38 - 0,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 48,99%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	<b>Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation</b>
Bezeichnung des Qualitätsindikators	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	151800
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,90 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,08 - 1,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 39,03%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Isolierte Koronarchirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die linksseitige Brustwandarterie wurde als Umgehungsgefäß (sog. Bypass) verwendet
<b>Ergebnis-ID</b>	352000
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 90,00\%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	95,35 - 95,87%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Isolierte Koronarchirurgie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
<b>Ergebnis-ID</b>	352006
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,60 - 1,96%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Isolierte Koronarchirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	352007
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	



<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,33 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,92 - 1,06
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Intraprozedurale Komplikationen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten
<b>Ergebnis-ID</b>	372000
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,96 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,45 - 1,77%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten
<b>Ergebnis-ID</b>	372001
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,35 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,88 - 1,13%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
<b>Ergebnis-ID</b>	372005
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,72 - 2,06%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	372006
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,41 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,00 - 1,19
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen aufgrund der Operation schwerwiegende Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts auftraten
<b>Ergebnis-ID</b>	392002
<b>Grundgesamtheit</b>	

<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 10,12 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	3,69 - 4,59%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen das geplante Ergebnis des Eingriffs an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) optimal oder zumindest in einem akzeptablen Ausmaß erreicht wurde
<b>Ergebnis-ID</b>	392006
<b>Grundgesamtheit</b>	30
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	29
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	96,67%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 83,33 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	93,42 - 94,51%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	83,33 - 99,41%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
<b>Ergebnis-ID</b>	392010
<b>Grundgesamtheit</b>	30
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	

Vertrauensbereich (bundesweit)	2,28 - 3,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 11,35%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	392011
<b>Grundgesamtheit</b>	30
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	2,88
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,24 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,80 - 1,04
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 1,18
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
<b>Ergebnis-ID</b>	50481
<b>Grundgesamtheit</b>	5
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 11,32 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	3,02 - 3,66%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 43,45%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54020
Grundgesamtheit	73
Beobachtete Ereignisse	73
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,05 - 98,18%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,00 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54021
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,22 - 97,61%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	67,56 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54022
Grundgesamtheit	5

Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 86,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,95 - 92,89%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	56,55 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54028
Grundgesamtheit	87
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,40
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 5,19$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,06 - 1,21
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 9,10
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54123
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 4,26\%$ (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54124
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,71 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 0,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54125
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 14,11 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,84 - 4,55%

Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	H99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar beauftragte Stelle	rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54127
Grundgesamtheit	76
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 - 0,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,81%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig
Ergebnis-ID	54128
Grundgesamtheit	100
Beobachtete Ereignisse	100
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 98,81 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,78 - 99,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,62 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die linksseitige Brustwandarterie wurde als Umgehungsgefäß (sog. Bypass) verwendet
<b>Ergebnis-ID</b>	362002
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 68,57 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	80,41 - 82,42%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
<b>Ergebnis-ID</b>	362018
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	5,49 - 6,77%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	362019
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	

<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,01 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,86 - 1,03
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Primäre Axilladissektion bei DCIS</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)
<b>Ergebnis-ID</b>	2163
<b>Grundgesamtheit</b>	5
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,01 - 0,13%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 43,45%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde
<b>Ergebnis-ID</b>	50719
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,00 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	2,90 - 3,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage
Ergebnis-ID	51370
Grundgesamtheit	75
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	8,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7,69 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,80 - 2,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,72 - 16,37%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	U63 - Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Mammachirurgie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt
Ergebnis-ID	51846
Grundgesamtheit	96
Beobachtete Ereignisse	92
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	95,83%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,11 - 98,30%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,77 - 98,37%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)
Ergebnis-ID	51847
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	40
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	93,02%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,79 - 97,18%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	81,39 - 97,60%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)
Ergebnis-ID	52279
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	56
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,86 - 99,09%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,58 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)
Ergebnis-ID	52330
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,26 - 99,50%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	75,75 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nachresektionsrate
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden
Ergebnis-ID	60659
Grundgesamtheit	87
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	5,75%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,77 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,41 - 10,91%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,48 - 12,76%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen
Ergebnis-ID	211800
Grundgesamtheit	83
Beobachtete Ereignisse	82
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,80%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 97,82 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,42 - 99,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,49 - 99,79%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)
Ergebnis-ID	212000
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,95 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,52 - 95,52%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	70,09 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)
Ergebnis-ID	212001
Grundgesamtheit	54
Beobachtete Ereignisse	49
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	90,74%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 54,43 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	85,40 - 86,30%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,09 - 95,98%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50050
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,43
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,45
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50052
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,88

Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 1,23
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,80
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50053
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,56
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,21
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,10 - 2,79
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nosokomiale Infektion</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50060
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,73
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,92 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,10
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,25 - 2,09
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Pneumothorax unter oder nach Beatmung</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50062
Grundgesamtheit	52
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	1,66
Ergebnis (Einheit)	2,41
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,68 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,95 - 5,69
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Durchführung eines Hörtests</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ein Hörtest wurde durchgeführt
Ergebnis-ID	50063
Grundgesamtheit	217
Beobachtete Ereignisse	215
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,08%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,08 - 98,26%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,70 - 99,75%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50069
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,94
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,50 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,08
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,26 - 3,14
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50074
Grundgesamtheit	186
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	6,81
Ergebnis (Einheit)	0,88
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,13 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,41 - 1,87
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)
<b>Ergebnis-ID</b>	51070
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,18 - 0,25%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
<b>Ergebnis-ID</b>	51076
<b>Grundgesamtheit</b>	41
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,64 - 3,35%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 8,57%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
<b>Ergebnis-ID</b>	51078
<b>Grundgesamtheit</b>	26

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,00 - 5,21%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 12,87%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51079
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	6,39 - 7,64%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51832
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,30 - 4,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51837
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,50
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,09 - 2,59
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51838
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,53 - 2,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 7,87%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51843
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	1,01
Ergebnis (Einheit)	0,00
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,75 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,51
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51901
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,33
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,09 - 1,10
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zunahme des Kopfumfangs
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wachstum des Kopfes
Ergebnis-ID	52262
Grundgesamtheit	64
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	6,25%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 19,49 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,28 - 10,32%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,46 - 15,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines Hydrozephalus</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Hirnblutung mit Operation aufgrund einer Ansammlung von überschüssiger Flüssigkeit im Gehirn (sogenannter Wasserkopf)
<b>Ergebnis-ID</b>	222200
<b>Grundgesamtheit</b>	44
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,90 - 1,31%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 8,03%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Schädigungen des Darms die eine Operation oder Therapie erfordert
<b>Ergebnis-ID</b>	222201
<b>Grundgesamtheit</b>	45
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,89 - 1,30%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 7,87%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen</b>
	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
<b>Ergebnis-ID</b>	51136_51901
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,50
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,83 - 1,03
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,09 - 2,59
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
<b>Ergebnis-ID</b>	51141_51901
<b>Grundgesamtheit</b>	40
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	1,01
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,88 - 1,17
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 3,46
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
<b>Ergebnis-ID</b>	51146_51901
<b>Grundgesamtheit</b>	44
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,73
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	



Vertrauensbereich (bundesweit)	0,74 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,82
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51156_51901
<b>Grundgesamtheit</b>	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,61
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,23
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,11 - 3,01
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51161_51901
<b>Grundgesamtheit</b>	25
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,68
Ergebnis (Einheit)	0,00
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,80 - 1,17
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,92
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Neonatologie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Keine Punktion oder Drainage des Pneumothorax</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
Ergebnis-ID	222000_50062
<b>Grundgesamtheit</b>	52
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	

<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,11%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 6,88%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Behandlung des Pneumothorax mit Einmalpunktion</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
Ergebnis-ID	222001_50062
Grundgesamtheit	52
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,14 - 0,23%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 6,88%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Behandlung des Pneumothorax mit mehreren Punktionen oder Pleuradrainage</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
Ergebnis-ID	222002_50062
Grundgesamtheit	52
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	7,69%
Risikoadjustierte Rate	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,33 - 1,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,03 - 18,17%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-
<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Intraprozedurale Komplikationen</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten
Ergebnis-ID	382000
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	

<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,16 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,53 - 0,94%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
<b>Ergebnis-ID</b>	382005
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,79 - 2,51%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	-

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit im Krankenhaus</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	382006
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,60 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,85 - 1,13
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen aufgrund der Operation schwerwiegende Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts auftraten
<b>Ergebnis-ID</b>	402002
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 23,77 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	11,34 - 13,12%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen das geplante Ergebnis des Eingriffs an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) optimal oder zumindest in einem akzeptablen Ausmaß erreicht wurde
<b>Ergebnis-ID</b>	402006
<b>Grundgesamtheit</b>	
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 89,14 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,70 - 97,60%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
Ergebnis-ID	402010
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,67 - 3,64%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	402011
Grundgesamtheit	
Beobachtete Ereignisse	
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,69 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich
<b>Ergebnis-ID</b>	56000
<b>Grundgesamtheit</b>	401
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	315
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	78,55%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 40,97\%$ (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	64,05 - 64,45%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	74,34 - 82,36%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten
<b>Ergebnis-ID</b>	56001
<b>Grundgesamtheit</b>	348
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	62
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	17,82%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\leq 41,48\%$ (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	27,71 - 28,11%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	14,07 - 22,09%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>""Door-to-balloon""-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt"</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
<b>Ergebnis-ID</b>	56003
<b>Grundgesamtheit</b>	50
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	41
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	82,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 67,57 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	75,91 - 76,83%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	69,72 - 90,70%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>""Door""-Zeitpunkt oder ""Balloon""-Zeitpunkt unbekannt"</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
<b>Ergebnis-ID</b>	56004
<b>Grundgesamtheit</b>	50
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,98 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,54 - 2,88%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 4,88%
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm<sup>2</sup></b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56005
<b>Grundgesamtheit</b>	676
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	76
<b>Erwartete Ereignisse</b>	72,20
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,05
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,65 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,88 - 0,90
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,84 - 1,31
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm<sup>2</sup></b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
<b>Ergebnis-ID</b>	56006
<b>Grundgesamtheit</b>	67
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	13
<b>Erwartete Ereignisse</b>	12,49
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,04
<b>Risikoadjustierte Rate</b>	
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 1,14 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,92 - 0,97
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,58 - 1,73
<b>Bewertung des Stellungnahmeverfahrens</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm <sup>2</sup>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm <sup>2</sup> (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	56007
Grundgesamtheit	487
Beobachtete Ereignisse	82
Erwartete Ereignisse	79,85
Ergebnis (Einheit)	1,03
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,50 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 0,91
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,82 - 1,27
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt
Ergebnis-ID	56008
Grundgesamtheit	1230
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 0,15 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,20 - 0,22%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,20%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis-ID	56009
Grundgesamtheit	676

Beobachtete Ereignisse	26
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,85%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,86 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,35 - 4,47%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,59 - 5,50%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis-ID	56010
Grundgesamtheit	67
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	13,43%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 21,93 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	16,68 - 17,65%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	6,86 - 23,08%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml</b>
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Herzkatheteruntersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI), bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis-ID	56011
Grundgesamtheit	487
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,08%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	<= 16,84 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,77 - 10,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,81 - 4,90%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt
Ergebnis-ID	56014
Grundgesamtheit	52
Beobachtete Ereignisse	52
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 93,65$ % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,05 - 94,52%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,31 - 100,00%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen
Ergebnis-ID	56016
Grundgesamtheit	502
Beobachtete Ereignisse	491
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,81%
Risikoadjustierte Rate	
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 93,95$ % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,23 - 95,39%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,24 - 98,83%
Bewertung des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

***C-1.2.[1] A.II Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind***

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

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

DMP	Kommentar
Diabetes mellitus Typ 2	
Brustkrebs	
Koronare Herzkrankheit (KHK)	Mit interventionelle Therapieoption - (Kategorie 2 der Rahmenvereinbarung); Fachabteilung für Kardiologie im Krankenhaus vorhanden.

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

Trifft nicht zu.

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

### C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Mindestmenge	50
Erbrachte Menge	77
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	
Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	8
Begründung	Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht. (MM08)
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht < 1250g	
Mindestmenge	14
Erbrachte Menge	30

## C-5.2 *Angaben zum Prognosejahr*

### C-5.2.1 *Leistungsberechtigung für das Prognosejahr*

<b>Leistungsbereiche</b>	
<b>Kniegelenk-Totalendoprothesen</b>	
Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2024 zur Leistungserbringung berechtigt:	Ja
<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene</b>	
Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2024 zur Leistungserbringung berechtigt:	Ja
<b>Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht &lt; 1250g</b>	
Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2024 zur Leistungserbringung berechtigt:	Ja
<b>Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)</b>	
Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr 2024 zur Leistungserbringung berechtigt:	Ja

### C-5.2.1.a *Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen*

<b>Leistungsbereiche</b>	
<b>Kniegelenk-Totalendoprothesen</b>	
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2022:	77
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2022/3, 2022/4, 2023/1 und 2023/2:	78
<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene</b>	
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2022:	8
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2022/3, 2022/4, 2023/1 und 2023/2:	11
<b>Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht &lt; 1250g</b>	
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2022:	30
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2022/3, 2022/4, 2023/1 und 2023/2:	17
<b>Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)</b>	
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge im Berichtsjahr 2022:	137
Erreichte Leistungsmenge in den Quartalen 2022/3, 2022/4, 2023/1 und 2023/2:	116

## **C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V**

**Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1 (CQ05)**

**Weiterführende standortbezogene Informationen unter: [www.perinatalzentren.org](http://www.perinatalzentren.org)**

**Kommentar** Das Agaplesion Allgemeine Krankenhaus Hagen setzt die Vereinbarung gem. des G-BA Beschlusses um.

**Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (CQ25)**

**Nichterfüllung der Anforderungen an die pfl. V. mitgeteilt:** Ja

Der ‚klärende Dialog‘ ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung nicht vollumfänglich erfüllt haben.

**Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-R:** Ja

**Klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-R. abgeschlossen:** Ja

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

<b>Nr.</b>	<b>Fortbildungsverpflichteter Personenkreis</b>	<b>Anzahl (Personen)</b>
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	97
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	20
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	20

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungs- grad	Ausnahme- tatbestände
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie und Unfallchirurgie	12a	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie	12a	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie	44	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie	44	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin und Kardiologie	13b	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin und Kardiologie	13b	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin	14	Tagschicht	91,67%	0
Innere Medizin	14	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin	15	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin	15	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin	60	Tagschicht	100,00%	0
Innere Medizin	60	Nachtschicht	100,00%	0
Innere Medizin, Kardiologie und Unfallchirurgie	22	Tagschicht	100,00%	0
Unfallchirurgie	22	Nachtschicht	100,00%	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	24	Tagschicht	100,00%	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	24	Nachtschicht	100,00%	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	42	Tagschicht	66,67%	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	42	Nachtschicht	100,00%	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	43	Tagschicht	88,89%	0
Gynäkologie und Geburtshilfe	43	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Pädiatrie	32	Tagschicht	100,00%	0
Allgemeine Pädiatrie	32	Nachtschicht	100,00%	0
Allgemeine Pädiatrie	33	Tagschicht	83,33%	0

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungs- grad	Ausnahme- tatbestände
Allgemeine Pädiatrie	33	Nachtschicht	100,00%	0
Neonatologische Pädiatrie	35a	Tagschicht	100,00%	0
Neonatologische Pädiatrie	35a	Nachtschicht	100,00%	0
Neonatologische Pädiatrie	35b	Tagschicht	0,00%	0
Neonatologische Pädiatrie	35b	Nachtschicht	0,00%	0
Orthopädie	45	Tagschicht	100,00%	0
Orthopädie	45	Nachtschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	50	Tagschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	50	Nachtschicht	100,00%	0

## C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Kardiologie und Unfallchirurgie	12a	Tagschicht	100,00%
Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie	12a	Nachtschicht	99,18%
Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie	44	Tagschicht	86,03%
Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie	44	Nachtschicht	86,58%
Innere Medizin und Kardiologie	13b	Tagschicht	81,37%
Innere Medizin und Kardiologie	13b	Nachtschicht	91,78%
Innere Medizin	14	Tagschicht	70,41%
Innere Medizin	14	Nachtschicht	90,14%
Innere Medizin	15	Tagschicht	92,05%
Innere Medizin	15	Nachtschicht	97,53%
Innere Medizin	60	Tagschicht	97,06%
Innere Medizin	60	Nachtschicht	100,00%
Innere Medizin, Kardiologie und Unfallchirurgie	22	Tagschicht	98,35%



<b>Pflegesensitiver Bereich</b>	<b>Station</b>	<b>Schicht</b>	<b>Schichtbezogener Erfüllungsgrad</b>
Unfallchirurgie	22	Nachtschicht	100,00%
Gynäkologie und Geburtshilfe	24	Tagschicht	87,95%
Gynäkologie und Geburtshilfe	24	Nachtschicht	100,00%
Gynäkologie und Geburtshilfe	42	Tagschicht	41,64%
Gynäkologie und Geburtshilfe	42	Nachtschicht	72,05%
Gynäkologie und Geburtshilfe	43	Tagschicht	82,78%
Gynäkologie und Geburtshilfe	43	Nachtschicht	97,79%
Allgemeine Pädiatrie	32	Tagschicht	98,74%
Allgemeine Pädiatrie	32	Nachtschicht	97,36%
Allgemeine Pädiatrie	33	Tagschicht	79,73%
Allgemeine Pädiatrie	33	Nachtschicht	95,34%
Neonatologische Pädiatrie	35a	Tagschicht	96,16%
Neonatologische Pädiatrie	35a	Nachtschicht	99,18%
Neonatologische Pädiatrie	35b	Tagschicht	0,00%
Neonatologische Pädiatrie	35b	Nachtschicht	0,00%
Orthopädie	45	Tagschicht	91,51%
Orthopädie	45	Nachtschicht	90,14%
Intensivmedizin	50	Tagschicht	87,67%
Intensivmedizin	50	Nachtschicht	92,05%

## **C-9            Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)**

Trifft nicht zu.

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

## **C-10            Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien**

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

### **Arzneimittel für neuartige Therapien**

**Werden am Krankenhausstandort Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet?**            Nein

## D Qualitätsmanagement

Die meisten Menschen wünschen sich gesund zu bleiben, wieder gesund zu werden oder bei nicht heilbaren Beschwerden Linderung zu erfahren. Ein Aufenthalt im Krankenhaus ist dafür manchmal unumgänglich. In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind die Anforderungen an die Versorgungs- und Ergebnisqualität bereits sehr hoch. Hygiene und Patient:innensicherheit haben in den vergangenen zehn Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das Durchschnittsalter stationärer Patient:innen ist deutlich gestiegen und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden komplexer. Herausforderungen wie die Zunahme von antibiotikaresistenten Keimen und Pandemien, wie zum Beispiel Corona, stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen.

Bei AGAPLESION ist der Anspruch an Qualität Teil der vorausschauenden Unternehmensplanung. Wir verbinden die zahlreichen Instrumente des Qualitäts- und Risikomanagements und insbesondere der Qualitätssicherung, um die definierte Qualität messbar zu machen. Grundlage der Qualitätspolitik von AGAPLESION ist die Norm DIN EN ISO 9001 ff, die die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem beschreibt. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz, der uns unterstützt darin, die an uns gestellten Erwartungen zu erfüllen, uns kontinuierlich zu verbessern und regelmäßig Risiken und Chancen für unsere Unternehmen zu bewerten. Dafür ist es wichtig, dass alle Mitarbeiter:innen Zugang zu den geltenden Vorgaben des AGAPLESION Verbundes und der jeweiligen Einrichtung in einem digitalen Qualitätsmanagementhandbuch haben. Für alle Einrichtungen gelten definierte Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse (AGAPLESION Prozesslandkarte). Diese befördern das prozessorientierte Denken und ermöglichen die eindeutige Zuordnung von Dokumenten.

Die AGAPLESION Organisation fördert den intensiven regelhaften, oder wenn erforderlich, den schnellen, themenbezogenen Austausch der Mitarbeiter:innen in verschiedenen Gremien (z. B. Expert:innenboards, Netzwerkteams, Managementkonferenzen, Projektgruppen etc.). Die Experten entwickeln zum Beispiel gemeinsam Qualitätsstandards und tauschen die besten Ideen zu deren Umsetzung aus. Sie tragen aktiv zur Weiterentwicklung der AGAPLESION Qualitätspolitik und konkret zur Weiterentwicklung der Pflege- und Behandlungsqualität bei.

Aus dem Blickwinkel unserer Patient:innen reflektieren wir regelhaft unsere Prozesse. Dafür nutzen wir bekannte Instrumente des Qualitätsmanagements. Wir analysieren Prozessdaten und nutzen die Erkenntnisse zur Optimierung. Viele Prozesse sind bereits digitalisiert, mit Prozessanalysen decken wir weitere Potentiale auf.

Unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen sind das Fundament unserer täglichen Arbeit. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:



## Audits

Audits sind geplante, gezielte und unabhängige Bewertungen, in denen geprüft wird, in welchem Maße interne oder externe Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Der Erfüllungsgrad und ggf. Abweichungen werden von sog. Auditor:innen bewertet und dokumentiert.

Bei geplanten Begehungen und Gesprächen, den sogenannten internen Audits, ermitteln wir, ob das Qualitätsmanagement-System die gesetzlich festgelegten, unsere eigenen sowie die Anforderungen der Qualitätsmanagementnorm DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt. Von der Aufnahme bis zur Entlassung der Patient:innen analysieren wir sogenannte Kernprozesse und überprüfen diese auf deren wirksame Umsetzung. Für die Pflege und Behandlung unserer Patient:innen müssen jedoch auch die notwendigen Voraussetzungen geschaffen sein. Diese beinhalten zum Beispiel die Bereitstellung von erforderlichen Ressourcen und die Unterstützung durch interne Dienstleister (z. B. qualifiziertes Personal, Informationstechnologie, Material-, Speisen- oder Wäscheversorgung). Diese sogenannten Führungs- und Unterstützungsprozesse werden ebenfalls regelmäßig in Audits überprüft.

Im Auditbericht sind Empfehlungen zu verbessernden Maßnahmen dargelegt. Hinweise auf drohende oder bestehende Qualitätseinbußen werden benannt. Die Qualitätsmanagementbeauftragten sorgen zusammen mit den Führungskräften des Krankenhauses dafür, dass die festgelegten Vorbeugemaßnahmen zur Risikovermeidung oder -minimierung innerhalb festgelegter Fristen von den Verantwortlichen umgesetzt werden. Die Erkenntnisse aus Audits fließen in die einmal jährlich durchgeführte Bewertung des Qualitätsmanagementsystems ein und zeigen auf, ob die angewendeten Instrumente und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung beitragen.

Auch ausgewählte Lieferanten und Dienstleister werden anhand von festgelegten Kriterien regelmäßig beurteilt. In gemeinsamen Gesprächen werden die Ergebnisse der Bewertung sowie mögliche Verbesserungsmaßnahmen besprochen.

## Risikomanagement

Risiken können in allen Arbeitsbereichen entstehen oder bereits vorhanden sein. Risiken zu identifizieren und zu beherrschen ist das zentrale Anliegen des Risikomanagements. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten, zu vermindern oder wenn möglich, zu beseitigen. Deshalb führen wir strukturiert Informationen aus Risikointerviews, Begehungen und Audits zusammen, analysieren diese und leiten entsprechende Vorbeugemaßnahmen ab.

Ergänzend dazu können Mitarbeiter:innen seit vielen Jahren in einem anonymen Meldesystem auf Risiken, die sie in ihrem Alltag erleben, aufmerksam machen. Dieses Frühwarnsystem zur systematischen Identifizierung von Risiken ist das Critical Incident Reporting System (CIRS). In diesem Meldesystem werden kritische Ereignisse durch die Mitarbeiter:innen erfasst, bevor sie zu schadhafte Folgen führen. Bereits während der Einarbeitung neuer Mitarbeiter:innen wird das System vorgestellt und zu einer regen Meldung ermutigt.

Die anonymen Meldungen der Mitarbeiter:innen werden durch ein Team aufgearbeitet, welches entsprechend des Inhalts der Meldung aus verschiedenen Berufsgruppen besteht. Unter der Leitung des Qualitätsmanagements des Hauses werden die gemeldeten Situationen einer gründlichen Analyse unterzogen. Als Ergebnis werden Lösungsstrategien und Maßnahmen entwickelt, wie das entdeckte Risiko minimiert, vermieden oder in anderer Weise beherrscht werden kann. Abschließend werden die Veränderungen z. B. bei Prozessschritten oder Verantwortlichkeiten, an die betroffenen Mitarbeiter:innen vermittelt und die Umsetzung in die Praxis initiiert und überprüft.

Das anonyme Meldesystem CIRS trägt dazu bei, Mitarbeiter:innen für Risiken zu sensibilisieren und diese rechtzeitig aufzudecken. Der offene Umgang mit dem Thema der möglichen Fehler hat bereits spürbar zu einer Sicherheitskultur im Unternehmen geführt. Unser Ziel ist, uns weiterzuentwickeln und noch achtsamer im Umgang mit Fehlern und Beinahe-Schäden zu sein.

Die Einhaltung der Patient:innensicherheit ist eine Grundvoraussetzung bei allen Prozessschritten. Wir setzen in unserem Haus in allen relevanten Bereichen Standards und Maßnahmen um, die dazu dienen, die Identifikation der Patient:innen im Rahmen des ambulanten und stationären Behandlungsverlaufes sicherzustellen. Das Risiko von Verwechslungen und Fehlern sowie deren Folgen wollen wir mit der korrekten Anwendung der Standards ausschließen. Umgesetzte Maßnahmen im Bereich Patient:innensicherheit sind zum Beispiel:

- Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENT:INNENSICHERHEIT
- Einführung eines Patient:innenarmbandes im stationären und ambulanten Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- Einführung von Sicherheitschecklisten zur Vermeidung von Verwechslung und Behandlungsfehlern
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Hygienekonzeption und –standards

Die beschriebenen Maßnahmen sind auch in dem Film zur Patient:innensicherheit in unserem Internetauftritt zu sehen.

## Zertifizierungen

Begehungen durch unabhängige Experten, sogenannte Zertifizierungen, nutzen wir, um die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems prüfen und weitere Verbesserungspotenziale aufzeigen zu lassen.



Zertifiziertes Darmkrebszentrum  
der  
Deutschen Krebsgesellschaft e. V.



CERTIQ zertifiziert als Regionales  
Traumazentrum nach den  
Richtlinien TraumaNetzwerk DGU®



Qualitätssiegel  
Ausgezeichnet.FÜR KINDER



CPU zertifiziert nach der  
Deutschen Gesellschaft für Kardiologie –  
Herz- und Kreislaufforschung e.V.



endoCert zertifiziert als  
Endoprothetikzentrum



Zertifizierte Diabeteszentren der  
Deutschen Diabetes Gesellschaft

- Klinik für Innere Medizin
- Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

## Meinungsmanagement

Das Meinungsmanagement stellt einen wichtigen Baustein zur Qualitätsverbesserung dar. Sämtliche Meinungsäußerungen, zu denen Lob, Anregungen und Beschwerden gehören, werden systematisch erfasst und bearbeitet. Alle Interessengruppen können in schriftlicher, digitaler oder mündlicher Form ihre Meinung abgeben. Es ist unser Anspruch, insbesondere bei Beschwerden direkt zusammen mit der/dem Meinungsgeber:in eine Lösung zu finden oder eine Erklärung zu vermitteln. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter:innen Ansprechpartner:innen, um eine Meinungsäußerung aufzunehmen. Jede Meinung zählt für uns, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde. Die eingegangenen Meinungen werden von unseren Meinungsmanager:innen bearbeitet und an die jeweils zuständigen Abteilungen weitergeleitet. Wir nutzen die kritischen Rückmeldungen aktiv als Chance zur Qualitätsverbesserung.



Die gewonnenen Meinungen zu Abläufen, Organisationsstrukturen und Mitarbeiter:innenverhalten fließen in die Bewertungen des Qualitäts- und Risikomanagements ein. Die jährlich erstellten Auswertungen werden durch das Qualitätsmanagement in verschiedenen Gremien vorgestellt. Auf Nachfragen werden ebenso spezifische Bereichsauswertungen dargelegt. Diese Auswertungen dienen uns als wichtige Hinweise bei der Neustrukturierung von Abläufen und der Anpassung unseres Angebots.

## Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter:innen sind der Schlüssel zum Erfolg und Wissensträger:innen vieler innovativer Ideen. Mit dem Ideenmanagement können alle Mitarbeiter:innen ihre guten Ideen und konkreten Vorschläge unkompliziert in der sog. Ideenbörse im Intranet einreichen. Das Qualitätsmanagement versendet diese Ideen zur Prüfung an die zuständigen Bereiche. Zeitnah erhalten die Mitarbeiter:innen eine Rückmeldung zur möglichen Umsetzung. Innovative Ideen werden prämiert und bspw. innerhalb von Projekten umgesetzt. Die Innovationsfähigkeit unserer Einrichtung zeichnet uns als modernen Gesundheitsdienstleister und attraktiven Arbeitgeber aus.

## Befragungen

Im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit stehen die Erwartungen und Bedürfnisse unserer Patient:innen und ihrer Angehörig:innen, unserer Mitarbeiter:innen, aber auch unserer Kooperationspartner:innen und einweisenden Ärzt:innen. Deshalb führen wir regelmäßige Befragungen zur Zufriedenheit mit den Leistungsangeboten und den Abläufen durch, z. B.:

- Prozessabläufe im Krankenhaus
- Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus
- Kooperation mit den Rettungsdiensten
- Darmkrebs-, Endoprothetik- und Brustzentrum
- Speisenversorgung
- Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal

Anhand der gewonnenen Ergebnisse lassen sich Stärken und Schwächen unserer Einrichtung ermitteln und konkrete Verbesserungsmaßnahmen ableiten.

## Projektorganisation

Strukturierte Projektarbeit ist ein wichtiger Baustein des Qualitätsmanagements. Das Projektmanagement unserer Einrichtung unterstützt die Bearbeitung komplexer Projekte, die verschiedenen Verantwortungsbereiche sowie bereichs- und berufsgruppenübergreifende Themen. Unter der Berücksichtigung der fünf AGAPLESION Kernwerte, erfolgt eine Werteorientierte Projektauswahl, Planung und Umsetzung.

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was können wir oder andere für weitere Projekte aus diesem Projekt lernen?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Dazu zählen in 2022 unter anderem die Prozess- und Digitalisierungsprojekte:

### Prozessoptimierung z. B. Radiologie, LogBuch, digitale Spracherkennung

In 2022 wurden Prozess- und Digitalisierungsprojekte in vier verschiedenen Bereichen durchlaufen. Vorangetrieben wurden die Projekte auch durch die AGA-Digitalstrategie. Unter anderem wurden die Prozesse der Radiologie, des Transportdienstes und der Bettenaufbereitung mit Hilfe von Datenanalysen sowie Interviews mit am Prozess beteiligten Berufsgruppen erhoben und analysiert. Im Fokus standen die Funktionalität und Effizienz, die Zusammenarbeit und Kommunikation an den Schnittstellen sowie der jeweilige Digitalisierungsgrad. Das Ergebnis des jeweiligen Projektes führt zur Optimierung des Gesamtprozesses.

Mit Hilfe der Einführung des LogBuches im KIS, wird der Transportdienst sowie die Zimmer- und Bettenaufbereitung digital angefordert. Durch diesen Digitalisierungsprozess können die Aufträge besser priorisiert und zugeordnet werden.

Zur digitalen Spracherkennung wurde das Programm 4-Voice implementiert, wodurch eine Fehlerminimierung in der ärztlichen Dokumentation im KIS erreicht wurde.

Ebenso in 2022 implementiert wurden mobile Visitenwagen auf den Stationen/in den Bereichen, ein Netzwerküberwachungstool PRTG und es wurde eine Umstellung auf die Sonic-Firewall vorgenommen.