

Qualitätsbericht 2018

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
für das Berichtsjahr 2018

Erstellt am 31.12.2019



Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----------|
| - | Einleitung | 4 |
| | Sehr geehrte Damen und Herren, | 5 |
| | Liebe Leserinnen und Leser, | 6 |
| A | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 7 |
| A-1 | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses..... | 7 |
| A-2 | Name und Art des Krankenhausträgers..... | 8 |
| A-3 | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus..... | 8 |
| A-4 | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie..... | 8 |
| A-5 | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses..... | 9 |
| A-6 | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses..... | 11 |
| A-7 | Aspekte der Barrierefreiheit..... | 13 |
| A-8 | Forschung und Lehre des Krankenhauses..... | 14 |
| A-9 | Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus..... | 14 |
| A-10 | Gesamtfallzahlen..... | 14 |
| A-11 | Personal des Krankenhauses..... | 14 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung..... | 30 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung..... | 40 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen | 42 |
| B-1 | Nuklearmedizinische Abteilung..... | 42 |
| B-2 | Innere Medizin..... | 50 |
| B-3 | Kardiologie..... | 54 |
| B-4 | Pädiatrie..... | 59 |
| B-5 | Neonatologie..... | 63 |
| B-6 | Klinik für Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie..... | 67 |

| | | |
|----------|--|------------|
| B-7 | Unfallchirurgie..... | 71 |
| B-8 | Urologie..... | 75 |
| B-9 | Orthopädie..... | 79 |
| B-10 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe..... | 83 |
| B-11 | Strahlenheilkunde..... | 87 |
| B-12 | Anästhesie, Schmerz- und Intensivmedizin..... | 90 |
| B-13 | Radiologie..... | 93 |
| B-14 | Dermatologie..... | 96 |
| C | Qualitätssicherung..... | 101 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V..... | 101 |
| D | Qualitätsmanagement..... | 158 |
| D-1 | Qualitätspolitik..... | 158 |
| D-2 | Qualitätsziele..... | 158 |
| D-3 | Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements..... | 159 |
| D-4 | Instrumente des Qualitätsmanagements..... | 160 |
| D-5 | Qualitätsmanagement-Projekte..... | 161 |

- Einleitung



Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

| | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Leiter Medizinische Entwicklung und Controlling |
| Titel, Vorname, Name | Andreas Semenczuk |
| Telefon | 02331/201-1005 |
| Fax | 02331/201-1002 |
| E-Mail | andreas.semenczuk@agaplesion.de |

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Vorsitzender der Geschäftsführung |
| Titel, Vorname, Name | Georg Schmidt |
| Telefon | 02331/201-1001 |
| Fax | 02331/201-1002 |
| E-Mail | verwaltung@akh-hagen.de |

| | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Medizinischer Geschäftsführer |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Andreas Schroeder |
| Telefon | 02331/201-1001 |
| Fax | 02331/201-1002 |
| E-Mail | verwaltung@akh-hagen.de |

Weiterführende Links

Link zur Homepage des Krankenhauses: <http://www.akh-hagen.de/>

Frankfurt am Main, im Dezember 2019

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit Jahren prägt ein Zukunftsthema das Gesundheitswesen: die Digitalisierung. Deutschlandweit haben immer mehr Gesundheitseinrichtungen den Trend erkannt. In Zukunft wird die Digitalisierung noch weiter an Fahrt gewinnen, kaum ein Akteur im Gesundheitswesen wird sich ihr entziehen können. AGAPLESION hat die Chancen dieses Megatrends schon früh erkannt und verfolgt bereits seit 2016 eine Digitalstrategie, um die Behandlungs- und Versorgungsqualität zu steigern.

Heute liegen in fast allen 100 Einrichtungen des Konzerns die Patienten- und Bewohnerdaten digital vor. Anhand dieser Daten konnten bereits Prozesse optimiert und so eine Qualitätssteigerung erzielt werden. Dabei gilt: AGAPLESION möchte alle Potenziale der innovativen Möglichkeiten ausschöpfen, dabei aber stets das Wohl der uns anvertrauten Patienten und Bewohner im Fokus behalten. Damit hat die Digitalisierung bei AGAPLESION stets einen dienenden Charakter.

Die Sicherung der Qualität innerhalb der Krankenhausprozesse begleiten der Zentrale Dienst Prozess- und Qualitätsmanagement sowie die Qualitätsmanager in den Einrichtungen. Sie erheben gemeinsam mit der AGAPLESION IT Daten und prüfen, ob Prozesse nahtlos ineinander greifen. Zudem identifizieren sie Qualitätsbrüche, denen sie durch kontinuierliche digitale Anpassungs- und Veränderungsprozesse gegensteuern. Ziel ist dabei immer die Verbesserung der Behandlungspfade, ein sicherer Informationsaustausch und eine Unterstützung von Diagnosen durch die Möglichkeiten der Digitalisierung – etwa durch Künstliche Intelligenz.

In kaum einer Branche spielen Qualitätsfragen eine so entscheidende Rolle wie im Gesundheitswesen, daher ist die Qualitätssicherung letztlich auch Führungsaufgabe. Sie wird regelmäßig von uns als Vorstand geprüft und freigegeben. Wir wissen, dass Qualitätssicherung in Zeiten der Digitalisierung viele neue Herausforderungen mit sich bringt. Unser Dank gilt daher Mitarbeitenden in der Zentrale sowie in den Einrichtungen, die sich für eine kontinuierliche Prozessoptimierung einsetzen. Sie stellen damit eine exzellente Qualität sicher und verbessern so die Lebensqualität unserer Patienten.

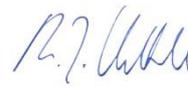
Mit freundlichen Grüßen



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Vorstand
AGAPLESION gAG



Roland Kottke
Vorstand
AGAPLESION gAG

Hagen, im Dezember 2019

Liebe Leserinnen und Leser,

Qualität muss in der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Menschen immer im Mittelpunkt des Handelns stehen. Zu Recht achten Interessenvertreter wie das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 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 Patienten besonders am Herzen. Deshalb nehmen wir uns dieser und anderer Empfehlungen an, um uns stetig zu verbessern und allen Patientinnen und Patienten eine hohe Behandlungsqualität bieten zu können. Zudem lassen wir uns im Rahmen der Zentrenzertifizierung in den verschiedensten Bereichen fortwährend über die Schulter schauen. Alle Behandlungspfade und -prozesse werden dabei offengelegt und 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 optimieren. Um Ihre Sicherheit in unserer Klinik zu gewährleisten, arbeiten wir kontinuierlich zum Beispiel an den Abläufen von Operationen, den Hygienestandards oder der Patienteninformationen. Mithilfe 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 rund 1000 Mitarbeitenden diese gesellschaftliche Verantwortung wahr. Den Menschen mit seinen körperlichen und seelischen Bedürfnissen als Maßstab allen Handelns in den Mittelpunkt zu stellen, ist Grundlage für ein eigenes, unverwechselbares 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 der Telefonnummer (02331) 201 6018 oder per E-Mail zur Verfügung: susanne.hinzen@agaplesion.de. Weitere Informationen finden Sie auch unter www.akh-hagen.de.

Mit freundlichen Grüßen



Georg Schmidt
Vorsitzender der



Dr. med. Andreas Schroeder
Medizinischer Geschäftsführer

Geschäftsführung

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

| Krankenhaus | |
|-------------------------|---|
| Krankenhausname | AGAPLESION ALLGEMEINES KRANKENHAUS HAGEN gem. GmbH |
| Hausanschrift | Grünstr. 35 58095 Hagen |
| Telefon | 02331/201-0 |
| Fax | 02331/201-1002 |
| Institutionskennzeichen | 260500481 |
| Standortnummer | 00 |
| URL | http://www.akh-hagen.de/ |

| Weitere relevante IK-Nummern | |
|------------------------------|-----------|
| Institutionskennzeichen: | 260500481 |
| Institutionskennzeichen: | 260590322 |

Ärztliche Leitung

| Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin | |
|--------------------------------------|--|
| Funktion | Ärztlicher Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Wolfgang Timmermann |
| Telefon | 02331/201-2064 |
| Fax | 02331/201-2092 |
| E-Mail | chirurgie@akh-hagen.de |

Pflegedienstleitung

| Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin | |
|---|--|
| Funktion | Pflegedirektor |
| Titel, Vorname, Name | Toralf Kerndt |
| Telefon | 02331/201-2584 |
| E-Mail | toralf.kerndt@agaplesion.de |

Verwaltungsleitung

| Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin | |
|---------------------------------------|--|
| Funktion | Kaufmännischer Direktor |
| Titel, Vorname, Name | Arnd Kretschmann |
| Telefon | 02331/201-1060 |
| E-Mail | Arnd.kretschmann@agaplesion.de |

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

| Krankenhausträger | |
|-------------------|---|
| Name | AGAPLESION gAG und Krankenhaus-Gesellschaft Hagen |
| Art | Freigemeinnützig |

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

| Krankenhausart | |
|-----------------------|--|
| Krankenhausart | Akademisches Lehrkrankenhaus |
| Universität | Ruhr-Universität Bochum, Universität Witten/Herdecke |

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

| Psychiatrie | |
|---|------|
| Psychiatrisches Krankenhaus | Nein |
| Regionale Versorgungsverpflichtung | Nein |

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr. | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot | Kommentar |
|------|--|--|
| MP02 | Akupunktur | Durch Pflegekräfte im Kreißaal |
| MP04 | Atemgymnastik/-therapie | |
| MP06 | Basale Stimulation | |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung | Betriebliches Eingliederungsmanagement |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden | Krankenhauseelsorger vor Ort, Abschiedsraum |
| MP53 | Aromapflege/-therapie | im Kreißaal und Neugeborenen |
| 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 www.akh-hagen.de |
| 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/Psychozialdienst | 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, Aktionstage, externe Patientenveranstaltungen zu Gesundheitsthemen, Vortragsabende, aktive Social Media-Kanäle |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen | Kinästhetik |
| MP05 | Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern | |
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen | Schulungen in der Kinderklinik |

| | | |
|------|---|---|
| MP65 | Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien | Babymassagekurs, PEKIP, Elternschule, usw. |
| MP41 | Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen | Spezielle Kursangebote auch in polnischer Sprache möglich, Elternschule |
| 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 | Zusatzangaben | Link | Kommentar |
|------|--|---|------|--|
| NM01 | Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum | | | |
| NM02 | Ein-Bett-Zimmer | | | |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | | |
| NM05 | Mutter-Kind-Zimmer | | | |
| NM07 | Rooming-in | | | |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | | | Es besteht die Möglichkeit, ein VIP-Appartement anzumieten oder ein Zusatzbett aufzustellen. |
| NM10 | Zwei-Bett-Zimmer | | | |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | | | |
| NM14 | Fernsehgerät am Bett/im Zimmer | Kosten pro Tag: 0€ | | Das Fernsehen ist für alle Patienten kostenlos empfangbar. |
| NM15 | Internetanschluss am Bett/im Zimmer | Kosten pro Tag: 0€ | | Wahlleistungszimmer |
| NM17 | Rundfunkempfang am Bett | Kosten pro Tag: 0€ | | Der Empfang ist kostenlos. |
| NM18 | Telefon am Bett | Kosten pro Tag: 2,00€ Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,10€ Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,00€ | | Für Wahlleistungspatienten ist das Telefon kostenlos. |
| NM19 | Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer | | | |
| NM30 | Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen | Kosten pro Stunde maximal: 1,20€ Kosten pro Tag maximal: 9,60€ | | |
| NM36 | Schwimmbad/Bewegungsbad | | | |
| NM40 | Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen | | | |

| | | | |
|------|--|--|--|
| NM42 | Seelsorge | | Die evangelischen und katholischen Krankenhausseelsorger/innen nehmen sich Zeit, Ihnen zu begegnen und Sie zu unterstützen. |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen | | |
| 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 |
| NM65 | Hotelleistungen | | Für Wahlleistungspatienten: U.a. Willkommenspaket mit Handtüchern, Bademantel und Badeschuhen / Wäscheservice / Minibar / Tageszeitung und Zeitschriften |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) | Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten: Vegetarische Küche Vegane Küche Muslimische Ernährung | |
| NM67 | Andachtsraum | | Klinik-Kapelle, Raum der Stille |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr. | Aspekt der Barrierefreiheit | Kommentar |
|------|--|---|
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung | Haus 2 |
| BF12 | Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin | |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | Station 15b mit geriatrischer Frührehabilitation und Kinästhetik |
| BF27 | Beauftragter und Beauftragte für Patienten und Patientinnen mit Behinderungen und für "Barrierefreiheit" | |
| BF28 | Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit | |
| 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 | Diätetische Angebote | |
| BF04 | Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung | |
| BF05 | Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen | Durch die Grünen Damen/Grünen Herren |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung | |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug | Haus 2 |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen | |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen | |
| BF07 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette | |
| BF06 | Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches | |
| BF14 | Arbeit mit Piktogrammen | Toiletten, Aufzüge |
| BF15 | Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische | |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter | |

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: Prof. Dr. Weismüller Studenten-(PJ-)Sekretariat, Frau Klutzny: Tel. 02331/201-2296 Mail: pj@akh-hagen.de |
| FL09 | Doktorandenbetreuung | |

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr. | Ausbildung in anderen Heilberufen |
|------|---|
| HB02 | Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin |
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin |

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

| Betten | |
|--------|-----|
| Betten | 454 |

A-10 Gesamtfallzahlen

| Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle | |
|--|-------|
| Vollstationäre Fallzahl | 21683 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |
| Ambulante Fallzahl | 0 |

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 139,5

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 139,5 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 139,38 | |
| Nicht Direkt | 0,12 | |

Davon Fachärzte/innen insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 71,62

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 71,62 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 71,5 | |
| Nicht Direkt | 0,12 | |

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Davon Fachärzte/innen ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 196,84

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 196,84 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 196,84 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 196,84

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 196,84 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 196,84 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 55,93

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 55,93 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 55,93 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 55,93

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 55,93 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 55,93 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,88

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,88 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,88 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0,88

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0,88 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0,88 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 15,11

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 15,11 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 15,11 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 15,11

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 15,11 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 15,11 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Entbindungspfleger und Hebammen

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,2

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,2 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,2 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 2,2

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,2 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,2 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Operationstechnische Assistenten(innen)

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: 10,1 VK sind Gesundheits- und Krankenpfleger mit der Fachweiterbildung Operationsdienst.

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 0 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| 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 Voita

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 3 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP35 - Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 3 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

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

Anzahl Vollkräfte: 15,25

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 15,25 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 15,25 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

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

Anzahl Vollkräfte: 21,54

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 21,54 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 21,54 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

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

Anzahl Vollkräfte: 2

Kommentar: In Kooperation mit dem SPZ Hagen.

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------------------|
| Stationär | 2 | In Kooperation mit dem SPZ Hagen |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 2 | |

SP09 - Heilpädagoge und Heilpädagogin

Anzahl Vollkräfte: 1

Kommentar: In Kooperation mit dem SPZ Hagen.

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------------------|
| Stationär | 1 | In Kooperation mit dem SPZ Hagen |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 1 | |

SP04 - Diätassistent und Diätassistentin

Anzahl Vollkräfte: 4,45

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,45 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,45 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP26 - Sozialpädagoge und Sozialpädagogin

Anzahl Vollkräfte: 2

Kommentar: In Kooperation mit dem SPZ Hagen.

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|----------------------------------|
| Stationär | 2 | In Kooperation mit dem SPZ Hagen |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 2 | |

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Anzahl Vollkräfte: 1

Kommentar: Kooperation mit einem externen Dienstleister.

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|--|
| Stationär | 1 | Kooperation mit einem externen Dienstleister |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 0 | |
| Nicht Direkt | 1 | |

SP15 - Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin

Anzahl Vollkräfte: 2,5

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,5 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,5 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP05 - Ergotherapeut und Ergotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP06 - Erzieher und Erzieherin

Anzahl Vollkräfte: 1,1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,1 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP21 - Physiotherapeut und Physiotherapeutin

Anzahl Vollkräfte: 7

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP23 - Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

SP25 - Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin

Anzahl Vollkräfte: 1,96

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,96 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1,96 | |
| 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 | |
|--|--|
| Funktion | Geschäftsführer |
| Titel, Vorname, Name | Georg Schmidt |
| Telefon | 02331/201-1001 |
| Fax | 02331/201-1002 |
| E-Mail | verwaltung@akh-hagen.de |

A-12.1.2 Lenkungsgremium

| Lenkungsgremium | |
|---|---|
| Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche | Geschäftsführer, Pflegedirektorin, Kaufmännischer Direktor, Personalleiterin, Ärztlicher Direktor, Stv. Ärztlicher Direktor, Leiter Wirtschaftsdienste und Facilitymanagement |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

| Angaben zur Person | |
|---------------------------|---|
| Angaben zur Person | Eigenständige Position für Risikomanagement |

| Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement | |
|---|--|
| Funktion | Leitung Qualitätsmanagement |
| Titel, Vorname, Name | Frau Susanne Hinzen |
| Telefon | 02331/201-1001 |
| Fax | 02331/201-1002 |
| E-Mail | susanne.hinzen@agaplesion.de |

A-12.2.2 Lenkungsgremium

| Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe | |
|--|---|
| Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe | Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement |
| Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich | QM-Team (Interdisziplinäre Arbeitsgruppe, in der u.a. CIRS-Fälle bearbeitet werden. |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar |
|------|---|---|---|
| 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 | |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | | |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten | | |
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwartetem 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 einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

| Internes Fehlermeldesystem | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Internes Fehlermeldesystem | Ja |
| Regelmäßige Bewertung | Ja |
| Tagungsfrequenz des Gremiums | monatlich |
| Verbesserung Patientensicherheit | Verbesserte Zählkontrollen im OP |

| Nr. | Instrument und Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|---|---------------|
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | bei Bedarf |
| IF01 | Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor | 11.02.2015 |
| 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 (Ärztikammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung) |

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

| Hygienepersonal | Anzahl (Personen) | Kommentar |
|--|-------------------|--|
| Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen | 1 | Externer Berater des MVZ für Laboratoriumsmedizin Transfusionsmedizin und Hämostaseologie Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie Hygiene und Umweltmedizin |
| Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen | 11 | |
| Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK) | 2 | 2 hausinterne Fachkraft mit einem Stellenumfang von 1,8 VK |
| Hygienebeauftragte in der Pflege | 42 | |

Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet Ja

Tagungsfrequenz des Gremiums quartalsweise

Hygienekommission Vorsitzender

Funktion Geschäftsführer

Titel, Vorname, Name Georg Schmidt

Telefon 02331/201-1001

Fax 20331/201-1002

E-Mail verwaltung@akh-hagen.de

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

- Kopfhabe 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 Antibiotikaphylaxe 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 Antibiotikaphylaxe

Der Standard liegt vor Ja

1. Der Standard thematisiert insbesondere

a) Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe Ja

b) Zu verwendende Antibiotika Ja

c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe Ja

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

3. Antibiotikaphylaxe 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

Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Ja

- Händedesinfektionsmittelverbrauch 32,00 ml/Patiententag

Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Ja

- Händedesinfektionsmittelverbrauch 131,00 ml/Patiententag

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs Teilweise

A-12.3.2.5 Umgang mit 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 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 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: Modellregion Ruhr | |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | Teilnahme (ohne Zertifikat) | |

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

| Lob- und Beschwerdemanagement | Kommentar / Erläuterungen |
|---|---------------------------|
| Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt | Ja |
| Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) | Ja |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden | Ja |
| Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden | Ja |
| Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert | Ja |

Regelmäßige Einweiserbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

Kommentar

Regelmäßige Patientenbefragungen

Durchgeführt Ja

Link

Kommentar

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich Ja

Link <https://www.akh-hagen.de/ueber-uns/qualitaet/meinungsmanagement>

Kommentar

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion Leitung Qualitätsmanagement

Titel, Vorname, Name Susanne Hinzen

Telefon 02331/201-2073

Fax 02331/201-1002

E-Mail qm@akh-hagen.de

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

| | |
|----------------------|--|
| Funktion | Ltd. Apotheker |
| Titel, Vorname, Name | Dr. Uwe Flachkamp |
| Telefon | 02331/201-2020 |
| E-Mail | flachkamp@akh-hagen.de |

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

| Pharmazeutisches Personal | Anzahl (Personen) |
|------------------------------------|-------------------|
| Apothekerinnen und Apotheker | 3 |
| Weiteres pharmazeutisches Personal | 2 |

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|------|--|---|
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | <ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung von Patienteneinformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten |
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen | |
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®) | |
| AS09 | Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln | <ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | <ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2) |

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 | |
| 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 Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen werden | - | |
| 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 | Hochfrequenzthermotherapiegerät | 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. |

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Nuklearmedizinische Abteilung

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|--|
| Fachabteilung | Nuklearmedizinische Abteilung |
| Fachabteilungsschlüssel | 3200 |
| Art | Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|----------------------|--|
| Funktion | Chefärztin |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Peggy Fostitsch |
| Telefon | 02331/201-2500 |
| Fax | 02331/201-2503 |
| E-Mail | nuklearmedizin@akh-hagen.de |
| Straße/Nr | Grünstr. 35 |
| PLZ/Ort | 58095 Hagen |
| Homepage | http://www.akh-hagen.de/ |

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr. | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung | Kommentar |
|------|---|--|
| VR00 | Szintigramme | * des Herzens z.B. zum Nachweis einer Durchblutungsstörung (Belastungs-Ischämie) * der Schilddrüse z.B. zum Ausschluss einer fokalen Autonomie * der Lunge z.B. zum Ausschluss einer Embolie * der Nieren -als seitenge trennte Bestimmung der Filtration und der tubulären Funktio... |
| VR40 | Spezialsprechstunde | MVZ medplus Hagen: U.a. besondere Schilddrüsen-Sprechstunde |
| VR18 | Szintigraphie | |
| VI40 | Schmerztherapie | Schmerztherapie mit Samarium bei fortgeschrittener Knochenmetastasierung |
| VR38 | Therapie mit offenen Radionukliden | |
| VR19 | Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) | |

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung

Trifft nicht zu.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 3-705 | 164 | Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Muskel-Skelett-Systems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie) |
| 2 | 3-706 | 38 | Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Nieren mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie) |
| 3 | 3-709 | 18 | Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Lymphsystems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie) |
| 4 | 3-70c | 11 | Bildgebendes Verfahren über den ganzen Körper zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie) |
| 5 | 3-721 | 11 | Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Herzens mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT) |
| 6 | 3-701 | 6 | Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Schilddrüse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie) |
| 7 | 3-702 | < 4 | Bildgebendes Verfahren zur Darstellung sonstiger hormonproduzierender Organe mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie) |
| 8 | 3-703 | < 4 | Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Lunge mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie) |

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

| | |
|---|---|
| Ambulanzart | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11) |
| Institutsambulanz zur Versorgung von Notfällen inkl. Liegendanfahrt. | |
| Ambulanzart | Notfallambulanz (24h) (AM08) |
| Privatambulanz Nuklearmedizin | |
| Ambulanzart | Privatambulanz (AM07) |

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 1,12

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,12 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1 | |
| Nicht Direkt | 0,12 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 1,12

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1,12 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1 | |
| Nicht Direkt | 0,12 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ44 | Nuklearmedizin |

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

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 Vollkraft:

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger(innen)

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 Vollkraft:

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

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 Vollkraft:

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Ausbildungsdauer: 2 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 Vollkraft:

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: 1 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 Vollkraft:

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

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 Vollkraft:

Entbindungspfleger und Hebammen

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 Vollkraft:

Operationstechnische Assistenten(innen)

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 Vollkraft:

B-2 Innere Medizin

B-2.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilung | Innere Medizin |
| Fachabteilungsschlüssel | 0100 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|----------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | PD Dr. med. Rainer Markgraf |
| Telefon | 02331/201-2247 |
| Fax | 02331/201-2309 |
| E-Mail | innere@akh-hagen.de |
| Straße/Nr | Grünstr. 35 |
| PLZ/Ort | 58095 Hagen |
| Homepage | http://www.akh-hagen.de/ |

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 5060 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|--|
| 1 | J18 | 327 | Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet |
| 2 | C25 | 225 | Bauchspeicheldrüsenkrebs |
| 3 | J44 | 195 | Sonstige anhaltende (chronische) Lungenerkrankung mit Verengung der Atemwege - COPD |
| 4 | C18 | 178 | Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon) |
| 5 | C16 | 173 | Magenkrebs |
| 6 | C20 | 149 | Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs |
| 7 | N17 | 147 | Akutes Nierenversagen |
| 8 | K29 | 144 | Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms |
| 9 | E11 | 117 | Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2 |
| 10 | C15 | 114 | Speiseröhrenkrebs |
| 11 | C34 | 110 | Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs |
| 12 | A09 | 96 | Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger |
| 13 | N39 | 82 | Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase |
| 14 | E86 | 80 | Flüssigkeitsmangel |
| 15 | I10 | 75 | Bluthochdruck ohne bekannte Ursache |

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 1-632 | 1881 | Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung |
| 2 | 8-900 | 994 | Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene |
| 3 | 9-984 | 955 | Pflegebedürftigkeit |
| 4 | 1-440 | 872 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung |
| 5 | 3-052 | 779 | Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE |
| 6 | 8-854 | 705 | Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse |
| 7 | 1-650 | 677 | Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie |
| 8 | 8-542 | 506 | Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut |
| 9 | 8-543 | 450 | Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden |
| 10 | 5-452 | 371 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms |
| 11 | 8-800 | 340 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger |
| 12 | 1-661 | 314 | Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung |
| 13 | 1-444 | 278 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung |
| 14 | 8-547 | 241 | Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems |
| 15 | 1-620 | 238 | Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung |

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 38,05

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 38,05 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 38,05 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 132,98292

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 18,62

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 18,62 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 18,62 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 271,75081

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen) |
|------|--|
| 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-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

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 Vollkraft:

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-3 Kardiologie

B-3.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilung | Kardiologie |
| Fachabteilungsschlüssel | 0300 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Peter Weismüller |
| Telefon | 02331/201-2274 |
| Fax | 02331/201-2313 |
| E-Mail | kardio@akh-hagen.de |
| Straße/Nr | Grünstr. 35 |
| PLZ/Ort | 58095 Hagen |
| Homepage | http://www.akh-hagen.de/ |

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|--------------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 2649 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|--|
| 1 | I20 | 558 | Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris |
| 2 | I50 | 403 | Herzschwäche |
| 3 | I48 | 289 | Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens |
| 4 | I21 | 219 | Akuter Herzinfarkt |
| 5 | R07 | 145 | Hals- bzw. Brustschmerzen |
| 6 | I25 | 132 | Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens |
| 7 | I10 | 110 | Bluthochdruck ohne bekannte Ursache |
| 8 | R55 | 98 | Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps |
| 9 | I47 | 65 | Anfallsweise auftretendes Herzrasen |
| 10 | I26 | 63 | Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie |
| 11 | I49 | 44 | Sonstige Herzrhythmusstörung |
| 12 | Z45 | 43 | Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes |
| 13 | I44 | 41 | Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens - AV-Block bzw. Linksschenkelblock |
| 14 | I35 | 38 | Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht |
| 15 | R00 | 35 | Störung des Herzschlages |

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 1-275 | 1458 | Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) |
| 2 | 8-837 | 1029 | Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße |
| 3 | 8-83b | 555 | Zusatzinformationen zu Materialien |
| 4 | 8-854 | 292 | Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse |
| 5 | 9-984 | 274 | Pflegebedürftigkeit |
| 6 | 1-279 | 249 | Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter) |
| 7 | 1-266 | 219 | Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) |
| 8 | 8-98f | 174 | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) |
| 9 | 8-640 | 150 | Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation |
| 10 | 5-377 | 135 | Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator) |
| 11 | 8-933 | 134 | Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie |
| 12 | 1-265 | 129 | Messung elektrischer Herzströme mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) - EPU |
| 13 | 8-835 | 101 | Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen |
| 14 | 5-934 | 96 | Verwendung eines Herzschrittmachers, der in einem Kernspintomographiegerät verwendet werden kann |
| 15 | 1-268 | 86 | Elektrische Vermessung des Herzens zur Suche nach Ursachen einer Herzrhythmusstörung - Kardiales Mapping |

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 6,99

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 6,99 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 6,99 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 378,96996

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 6,99

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 6,99 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 6,99 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 378,96996

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-3.11.2 *Pflegepersonal*

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

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 Vollkraft:

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

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-4 Pädiatrie

B-4.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilung | Pädiatrie |
| Fachabteilungsschlüssel | 1000 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Jan-Claudius Becker |
| Telefon | 02331/201-2436 |
| Fax | 02331/201-2438 |
| E-Mail | becker@akh-hagen.de |
| Straße/Nr | Grünstr. 35 |
| PLZ/Ort | 58095 Hagen |
| Homepage | http://www.akh-hagen.de/ |

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|--------------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 2294 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|--|
| 1 | J20 | 202 | Akute Bronchitis |
| 2 | A08 | 184 | Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Viren oder sonstige Krankheitserreger |
| 3 | J06 | 138 | Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege |
| 4 | G40 | 136 | Anfallsleiden - Epilepsie |
| 5 | E10 | 99 | Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-1 |
| 6 | R10 | 97 | Bauch- bzw. Beckenschmerzen |
| 7 | J12 | 84 | Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren |
| 8 | D56 | 79 | Mittelmeeranämie - Thalassämie |
| 9 | F89 | 61 | Vom Arzt nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung |
| 10 | S06 | 55 | Verletzung des Schädelinneren |
| 11 | I95 | 49 | Niedriger Blutdruck |
| 12 | R55 | 46 | Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps |
| 13 | J18 | 39 | Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet |
| 14 | G80 | 37 | Angeborene Lähmung durch Hirnschädigung des Kindes während Schwangerschaft und Geburt |
| 15 | N10 | 36 | Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen |

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 1-207 | 790 | Messung der Gehirnströme - EEG |
| 2 | 8-930 | 499 | Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens |
| 3 | 8-900 | 157 | Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene |
| 4 | 8-800 | 75 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger |
| 5 | 8-903 | 55 | Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung |
| 6 | 8-98g | 46 | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern |
| 7 | 6-003 | 39 | Gabe von Medikamenten gemäß Liste 3 des Prozedurenkatalogs |
| 8 | 1-710 | 38 | Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie |
| 9 | 1-204 | 22 | Untersuchung der Hirnwasserräume |
| 10 | 8-984 | 19 | Fachübergreifende Behandlung der Zuckerkrankheit (Diabetes) |
| 11 | 8-987 | 12 | Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern |
| 12 | 9-984 | 10 | Pflegebedürftigkeit |
| 13 | 8-810 | 9 | Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen |
| 14 | 8-100 | 8 | Fremdkörperentfernung durch Spiegelung |
| 15 | 8-711 | 7 | Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen |

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 19,28

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 19,28 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 19,28 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 118,9834

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 5,63

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 5,63 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,63 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 407,46004

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-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

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 Vollkraft:

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-5 Neonatologie

B-5.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilung | Neonatologie |
| Fachabteilungsschlüssel | 1200 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|----------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Jan-Claudius Becker |
| Telefon | 02331/201-2436 |
| Fax | 02331/201-2438 |
| E-Mail | becker@akh-hagen.de |
| Straße/Nr | Grünstr. 35 |
| PLZ/Ort | 58095 Hagen |
| Homepage | http://www.akh-hagen.de/ |

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 392

Teilstationäre Fallzahl 0

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|--|
| 1 | P07 | 178 | Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht |
| 2 | P22 | 26 | Atemnot beim Neugeborenen |
| 3 | P59 | 25 | Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen |
| 4 | P28 | 20 | Sonstige Störung der Atmung mit Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt |
| 5 | P70 | 11 | Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist |
| 6 | P92 | 9 | Ernährungsprobleme beim Neugeborenen |
| 7 | J20 | 8 | Akute Bronchitis |
| 8 | P20 | 8 | Sauerstoffmangel in der Gebärmutter |
| 9 | J06 | 7 | Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege |
| 10 | P23 | 5 | Angeborene Lungenentzündung |
| 11 | P58 | 5 | Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstigen vermehrten Abbau roter Blutkörperchen |
| 12 | P05 | 4 | Mangelentwicklung bzw. Mangelernährung des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter |
| 13 | P21 | 4 | Atemstillstand (Asphyxie) des Kindes während der Geburt |
| 14 | P74 | 4 | Sonstige vorübergehende Störung des Elektrolythaushaltes bzw. des Stoffwechsels beim Neugeborenen |
| 15 | Q25 | 4 | Angeborene Fehlbildung der großen Schlagadern |

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 8-930 | 347 | Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens |
| 2 | 8-010 | 278 | Gabe von Medikamenten bzw. Salzlösungen über die Gefäße bei Neugeborenen |
| 3 | 1-208 | 267 | Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale) |
| 4 | 9-262 | 246 | Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt |
| 5 | 8-560 | 95 | Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie |
| 6 | 8-711 | 76 | Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen |
| 7 | 8-720 | 52 | Sauerstoffgabe bei Neugeborenen |
| 8 | 1-207 | 37 | Messung der Gehirnströme - EEG |
| 9 | 3-033 | 31 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Neugeborenen und Kleinkindern |
| 10 | 8-831 | 29 | Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist |
| 11 | 6-003 | 27 | Gabe von Medikamenten gemäß Liste 3 des Prozedurenkatalogs |
| 12 | 8-800 | 21 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger |
| 13 | 8-701 | 17 | Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation |
| 14 | 8-903 | 15 | Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung |
| 15 | 8-779 | 13 | Sonstige Wiederbelebungsmaßnahmen |

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 392

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 1 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 1 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 392

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

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 Vollkraft:

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-6 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie

B-6.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|--|
| Fachabteilung | Klinik für Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie |
| Fachabteilungsschlüssel | 1500 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Wolfgang Timmermann |
| Telefon | 02331/201-2064 |
| Fax | 02331/201-2092 |
| E-Mail | chirurgie@akh-hagen.de |
| Straße/Nr | Grünstr. 35 |
| PLZ/Ort | 58095 Hagen |
| Homepage | http://www.akh-hagen.de/ |

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|------|
| Vollstationäre Fallzahl | 1675 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|--|
| 1 | K40 | 184 | Leistenbruch (Hernie) |
| 2 | K80 | 179 | Gallensteineiden |
| 3 | K57 | 106 | Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose |
| 4 | K35 | 98 | Akute Blinddarmentzündung |
| 5 | K56 | 88 | Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch |
| 6 | E04 | 81 | Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse |
| 7 | C18 | 56 | Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon) |
| 8 | K61 | 54 | Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters |
| 9 | K43 | 50 | Bauchwandbruch (Hernie) |
| 10 | C20 | 47 | Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs |
| 11 | K42 | 41 | Nabelbruch (Hernie) |
| 12 | L05 | 39 | Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus |
| 13 | A46 | 38 | Wundrose - Erysipel |
| 14 | K81 | 35 | Gallenblasenentzündung |
| 15 | K60 | 31 | Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms |

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 5-511 | 208 | Operative Entfernung der Gallenblase |
| 2 | 5-530 | 187 | Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie) |
| 3 | 5-469 | 140 | Sonstige Operation am Darm |
| 4 | 5-069 | 136 | Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen |
| 5 | 8-98f | 129 | Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) |
| 6 | 5-455 | 117 | Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms |
| 7 | 5-932 | 115 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung |
| 8 | 5-470 | 99 | Operative Entfernung des Blinddarms |
| 9 | 8-900 | 95 | Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene |
| 10 | 8-930 | 91 | Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens |
| 11 | 5-541 | 86 | Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes |
| 12 | 8-831 | 77 | Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist |
| 13 | 5-490 | 70 | Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Anus |
| 14 | 5-534 | 58 | Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie) |
| 15 | 8-800 | 56 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger |

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 11,47

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 11,47 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 11,47 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 146,03313

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 5,18

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 5,18 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,18 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 323,35907

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF15 | Intensivmedizin |
| ZF28 | Notfallmedizin |
| ZF34 | Proktologie |

B-6.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

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 Vollkraft:

B-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-7 Unfallchirurgie

B-7.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|-----------------|
| Fachabteilung | Unfallchirurgie |
| Fachabteilungsschlüssel | 1600 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Andreas Silvio Hengstmann |
| Telefon | 02331/201-2530 |
| E-Mail | unfall@akh-hagen.de |
| Straße/Nr | Grünstr. 35 |
| PLZ/Ort | 58095 Hagen |
| Homepage | http://www.akh-hagen.de/ |

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 1480

Teilstationäre Fallzahl 0

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | S06 | 252 | Verletzung des Schädelinneren |
| 2 | S52 | 172 | Knochenbruch des Unterarmes |
| 3 | S42 | 125 | Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms |
| 4 | S82 | 121 | Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes |
| 5 | S72 | 85 | Knochenbruch des Oberschenkels |
| 6 | S32 | 74 | Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens |
| 7 | S22 | 56 | Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule |
| 8 | S92 | 34 | Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes |
| 9 | T84 | 31 | Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken |
| 10 | S83 | 28 | Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder |
| 11 | S30 | 27 | Oberflächliche Verletzung des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens |
| 12 | M75 | 26 | Schulterverletzung |
| 13 | S00 | 26 | Oberflächliche Verletzung des Kopfes |
| 14 | S43 | 26 | Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Schultergürtels |
| 15 | S20 | 23 | Oberflächliche Verletzung im Bereich des Brustkorbes |

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 5-794 | 254 | Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knocheanteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten |
| 2 | 9-984 | 151 | Pflegebedürftigkeit |
| 3 | 5-787 | 139 | Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knocheanteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden |
| 4 | 5-790 | 137 | Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knocheanteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen |
| 5 | 5-793 | 105 | Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens |
| 6 | 5-896 | 83 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 7 | 5-916 | 81 | Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz |
| 8 | 5-810 | 58 | Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung |
| 9 | 5-792 | 50 | Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens |
| 10 | 5-812 | 49 | Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung |
| 11 | 8-800 | 48 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger |
| 12 | 5-796 | 43 | Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen |
| 13 | 5-811 | 40 | Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung |
| 14 | 5-900 | 39 | Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht |
| 15 | 5-839 | 38 | Sonstige Operation an der Wirbelsäule |

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 7,82

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,82 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,82 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 189,25831

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 4,12

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,12 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,12 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 359,2233

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-7.11.2 Pflegepersonal

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.
Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)**

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 Vollkraft:

B-7.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-8 Urologie

B-8.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilung | Urologie |
| Fachabteilungsschlüssel | 2200 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Wilfried Martin |
| Telefon | 02331/201-2656 |
| Fax | 02331/201-2680 |
| E-Mail | urologie@akh-hagen.de |
| Straße/Nr | Grünstr. 35 |
| PLZ/Ort | 58095 Hagen |
| Homepage | http://www.akh-hagen.de/ |

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 2223

Teilstationäre Fallzahl 0

B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | N13 | 445 | Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere |
| 2 | C67 | 346 | Harnblasenkrebs |
| 3 | C61 | 227 | Prostatakrebs |
| 4 | N40 | 169 | Gutartige Vergrößerung der Prostata |
| 5 | N20 | 168 | Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter |
| 6 | C62 | 79 | Hodenkrebs |
| 7 | N10 | 79 | Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen |
| 8 | N30 | 60 | Entzündung der Harnblase |
| 9 | N32 | 59 | Sonstige Krankheit der Harnblase |
| 10 | C64 | 55 | Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs |
| 11 | N39 | 34 | Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase |
| 12 | R39 | 32 | Sonstige Beschwerden, die Harnwege bzw. Harnblase betreffen |
| 13 | N41 | 30 | Entzündliche Krankheit der Prostata |
| 14 | N45 | 30 | Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung |
| 15 | N35 | 26 | Verengung der Harnröhre |

B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 3-13d | 674 | Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel |
| 2 | 8-132 | 584 | Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase |
| 3 | 8-137 | 577 | Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene |
| 4 | 5-573 | 343 | Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre |
| 5 | 5-572 | 315 | Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung |
| 6 | 5-562 | 237 | Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung |
| 7 | 5-585 | 191 | Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre |
| 8 | 5-601 | 182 | Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre |
| 9 | 9-984 | 182 | Pflegebedürftigkeit |
| 10 | 8-133 | 179 | Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke |
| 11 | 8-110 | 155 | Harnsteinzertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen |
| 12 | 5-550 | 152 | Operativer Einschnitt in die Niere, Einbringen eines Schlauches zur Harnableitung aus der Niere, Steinentfernung durch operativen Einschnitt, Erweiterung des Nierenbeckens bzw. Steinentfernung durch eine Spiegelung |
| 13 | 3-13f | 148 | Röntgendarstellung der Harnblase mit Kontrastmittel |
| 14 | 8-543 | 112 | Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden |
| 15 | 8-542 | 111 | Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut |

B-8.11 Personelle Ausstattung

B-8.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 10,4

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 10,4 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 10,4 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 213,75

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 5,32

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 5,32 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 5,32 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 417,85714

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-8.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

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 Vollkraft:

B-8.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-9 Orthopädie

B-9.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilung | Orthopädie |
| Fachabteilungsschlüssel | 2300 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|----------------------|--|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Bernd Stuckmann |
| Telefon | 02331/201-2530 |
| E-Mail | orthopaedie@akh-hagen.de |
| Straße/Nr | Grünstr. 35 |
| PLZ/Ort | 58095 Hagen |
| Homepage | http://www.akh-hagen.de/ |

B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-9.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 1255

Teilstationäre Fallzahl 0

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | M54 | 311 | Rückenschmerzen |
| 2 | M16 | 132 | Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes |
| 3 | M23 | 113 | Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes |
| 4 | M17 | 112 | Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes |
| 5 | M75 | 77 | Schulterverletzung |
| 6 | T84 | 42 | Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken |
| 7 | M51 | 34 | Sonstiger Bandscheibenschaden |
| 8 | M20 | 31 | Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen |
| 9 | M80 | 29 | Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose |
| 10 | S32 | 29 | Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens |
| 11 | M25 | 28 | Sonstige Gelenkrankheit |
| 12 | M19 | 23 | Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose) |
| 13 | M48 | 21 | Sonstige Krankheit der Wirbelsäule |
| 14 | M53 | 18 | Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist] |
| 15 | S83 | 16 | Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder |

B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-9.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 5-812 | 242 | Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung |
| 2 | 5-820 | 130 | Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks |
| 3 | 5-810 | 119 | Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung |
| 4 | 5-822 | 112 | Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks |
| 5 | 5-788 | 98 | Operation an den Fußknochen |
| 6 | 5-811 | 89 | Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung |
| 7 | 5-839 | 85 | Sonstige Operation an der Wirbelsäule |
| 8 | 5-988 | 83 | Operation unter Anwendung eines Navigationssystems, das während der Operation aktuelle 3D-Bilder des Operationsgebietes anzeigt |
| 9 | 5-814 | 75 | Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung |
| 10 | 5-032 | 69 | Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein |
| 11 | 5-986 | 65 | Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv) |
| 12 | 8-910 | 65 | Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum) |
| 13 | 5-984 | 58 | Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop |
| 14 | 5-831 | 47 | Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe |
| 15 | 5-83b | 43 | Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule |

B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 4,73

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,73 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,73 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 265,3277

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 2,85

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,85 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,85 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 440,35088

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-9.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

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 Vollkraft:

B-9.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-10 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-10.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------------------------|
| Fachabteilung | Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| Fachabteilungsschlüssel | 2400 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Marc Schüssler |
| Telefon | 02331/201-2164 |
| Fax | 02331/201-3119 |
| E-Mail | frauenklinik@akh-hagen.de |
| Straße/Nr | Grünstr. 35 |
| PLZ/Ort | 58095 Hagen |
| Homepage | http://www.akh-hagen.de/ |

B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-10.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 4372

Teilstationäre Fallzahl 0

B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-10.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | Z38 | 1138 | Neugeborene |
| 2 | O80 | 287 | Normale Geburt eines Kindes |
| 3 | C50 | 264 | Brustkrebs |
| 4 | O42 | 204 | Vorzeitiger Blasensprung |
| 5 | O70 | 181 | Dammriss während der Geburt |
| 6 | O34 | 149 | Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane |
| 7 | O60 | 119 | Vorzeitige Wehen und Entbindung |
| 8 | O68 | 109 | Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes |
| 9 | O21 | 87 | Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft |
| 10 | N83 | 79 | Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder |
| 11 | O36 | 79 | Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind |
| 12 | D25 | 71 | Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur |
| 13 | O82 | 67 | Geburt eines Kindes durch Kaiserschnitt |
| 14 | O99 | 59 | Sonstige Krankheit der Mutter, die an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet werden kann, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verkompliziert |
| 15 | O20 | 55 | Blutung in der Frühschwangerschaft |

B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-10.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|---|
| 1 | 9-262 | 1146 | Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt |
| 2 | 1-208 | 1139 | Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale) |
| 3 | 9-260 | 480 | Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt |
| 4 | 5-758 | 371 | Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt |
| 5 | 9-261 | 339 | Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind |
| 6 | 5-749 | 318 | Sonstiger Kaiserschnitt |
| 7 | 5-740 | 279 | Klassischer Kaiserschnitt |
| 8 | 8-910 | 195 | Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum) |
| 9 | 5-870 | 185 | Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten |
| 10 | 5-690 | 148 | Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung |
| 11 | 5-401 | 120 | Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße |
| 12 | 5-738 | 120 | Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht |
| 13 | 5-683 | 118 | Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter |
| 14 | 8-542 | 111 | Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut |
| 15 | 5-651 | 103 | Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks |

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-10.11 Personelle Ausstattung

B-10.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 10,96

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 10,96 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 10,96 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 398,90511

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 4,76

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 4,76 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 4,76 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 918,48739

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 |

B-10.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

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 Vollkraft:

B-10.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-11 Strahlenheilkunde

B-11.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|-------------------|
| Fachabteilung | Strahlenheilkunde |
| Fachabteilungsschlüssel | 3300 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Chefärztin |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Susanne Vornholt |
| Telefon | 02331/201-2622 |
| Fax | 02331/201-2637 |
| E-Mail | heidi.schulz@agaplesion.de |
| Straße/Nr | Grünstr. 35 |
| PLZ/Ort | 58095 Hagen |
| Homepage | http://www.akh-hagen.de/ |

B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-11.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen

| | |
|-------------------------|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 1 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-11.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | C79 | < 4 | Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen |

B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-11.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 8-522 | 586 | Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie |
| 2 | 8-527 | 59 | Herstellen bzw. Anpassen von Hilfsmitteln zur Strahlenbehandlung |
| 3 | 8-529 | 51 | Planung der Strahlenbehandlung für die Bestrahlung durch die Haut bzw. die örtliche Bestrahlung |
| 4 | 8-528 | 44 | Überprüfen der Einstellungen vor dem Beginn einer Strahlenbehandlung |
| 5 | 8-525 | < 4 | Sonstige Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes |

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-11.11 Personelle Ausstattung

B-11.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 2,44

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,44 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,44 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0,40984

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 2,44

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2,44 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2,44 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0,40984

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ54 | Radiologie |
| AQ58 | Strahlentherapie |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF30 | Palliativmedizin |

B-11.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

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 Vollkraft:

B-11.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-12 Anästhesie, Schmerz- und Intensivmedizin

B-12.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|--|--|
| Fachabteilung | Anästhesie, Schmerz- und Intensivmedizin |
| Fachabteilungsschlüssel | 3700 |
| Art | Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Dirk Breukelmann |
| Telefon | 02331/201-2001 |
| E-Mail | anaesthesie@akh-hagen.de |
| Straße/Nr | Grünstr. 35 |
| PLZ/Ort | 58095 Hagen |
| Homepage | http://www.akh-hagen.de/ |

B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-12.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 0

Teilstationäre Fallzahl 0

B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-12.11 Personelle Ausstattung

B-12.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 16,19

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 16,19 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 16,19 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 7,78

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,78 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,78 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

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-12.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

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 Vollkraft:

B-12.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-13 Radiologie

B-13.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|--|
| Fachabteilung | Radiologie |
| Fachabteilungsschlüssel | 3751 |
| Art | Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|-----------------------------|--|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Prof. Dr. med. Johannes Kirchner |
| Telefon | 02331/201-2374 |
| E-Mail | radiologie@akh-hagen.de |
| Straße/Nr | Grünstr. 35 |
| PLZ/Ort | 58095 Hagen |
| Homepage | http://www.akh-hagen.de/ |

B-13.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Keine Vereinbarung geschlossen |

B-13.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|-------------------------|---|
| Vollstationäre Fallzahl | 0 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-13.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-13.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-13.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 3-225 | 649 | Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel |
| 2 | 3-200 | 460 | Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel |
| 3 | 3-226 | 448 | Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel |
| 4 | 3-222 | 384 | Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel |
| 5 | 3-202 | 327 | Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel |
| 6 | 3-207 | 255 | Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel |
| 7 | 3-800 | 207 | Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel |
| 8 | 3-206 | 164 | Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel |
| 9 | 3-203 | 121 | Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel |
| 10 | 3-205 | 70 | Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel |
| 11 | 3-20x | 62 | Sonstige Computertomographie (CT) ohne Kontrastmittel |
| 12 | 3-802 | 61 | Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel |
| 13 | 3-820 | 52 | Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel |
| 14 | 3-220 | 46 | Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel |
| 15 | 3-824 | 27 | Kernspintomographie (MRT) des Herzens mit Kontrastmittel |

B-13.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-13.11 Personelle Ausstattung

B-13.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 7,05

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 7,05 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 7,05 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 3,81

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 3,81 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 3,81 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 0

Belegärzte/innen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

B-13.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

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 Vollkraft:

B-13.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-14 Dermatologie

B-14.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung | |
|---|----------------|
| Fachabteilung | Dermatologie |
| Fachabteilungsschlüssel | 3400 |
| Art | Hauptabteilung |

Ärztliche Leitung

| Chefarzt/Chefärztin | |
|-----------------------------|---|
| Funktion | Chefarzt |
| Titel, Vorname, Name | Dr. med. Volker Kingreen |
| Telefon | 02331/201-2207 |
| Fax | 02331/201-2202 |
| E-Mail | derma@akh-hagen.de |
| Straße/Nr | Grünstr. 35 |
| PLZ/Ort | 58095 Hagen |
| Homepage | http://www.akh-hagen.de/ |

B-14.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

| Angaben zu Zielvereinbarungen | |
|-----------------------------------|----|
| Zielvereinbarung gemäß DKG | Ja |

B-14.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Fallzahlen | |
|--------------------------------|-----|
| Vollstationäre Fallzahl | 282 |
| Teilstationäre Fallzahl | 0 |

B-14.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-14.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD-10 | Fallzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|--------|----------|---|
| 1 | C44 | 169 | Sonstiger Hautkrebs |
| 2 | B02 | 19 | Gürtelrose - Herpes zoster |
| 3 | I83 | 13 | Krampfader der Beine |
| 4 | L30 | 12 | Sonstige Hautentzündung |
| 5 | A46 | 10 | Wundrose - Erysipel |
| 6 | C43 | 9 | Schwarzer Hautkrebs - Malignes Melanom |
| 7 | L40 | 6 | Schuppenflechte - Psoriasis |
| 8 | I77 | 4 | Sonstige Krankheit der großen bzw. kleinen Schlagadern |
| 9 | L12 | 4 | Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe - Pemphigoidkrankheit |
| 10 | L13 | 4 | Sonstige blasenbildende Krankheit der Haut |
| 11 | L97 | 4 | Geschwür am Unterschenkel |
| 12 | T81 | 4 | Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen |
| 13 | B86 | < 4 | Krätze - Skabies |
| 14 | C00 | < 4 | Lippenkrebs |
| 15 | C06 | < 4 | Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile des Mundes |

B-14.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-14.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS-301 | Anzahl | Umgangssprachliche Bezeichnung |
|------|---------|--------|--|
| 1 | 5-895 | 199 | Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut |
| 2 | 5-902 | 136 | Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats] |
| 3 | 8-191 | 135 | Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten |
| 4 | 5-903 | 70 | Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal |
| 5 | 5-896 | 26 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut |
| 6 | 5-913 | 6 | Entfernung oberflächlicher Hautschichten |
| 7 | 1-415 | < 4 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gesichtshaut ohne operativen Einschnitt |
| 8 | 1-490 | < 4 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Haut bzw. Unterhaut ohne operativen Einschnitt |
| 9 | 5-123 | < 4 | Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Hornhaut des Auges |
| 10 | 5-894 | < 4 | Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut |
| 11 | 5-906 | < 4 | Kombinierter wiederherstellende Operation an Haut bzw. Unterhaut |
| 12 | 5-908 | < 4 | Operative Korrekturen an Lippe bzw. Mundwinkel |
| 13 | 5-916 | < 4 | Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz |
| 14 | 8-192 | < 4 | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde |
| 15 | 8-560 | < 4 | Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie |

B-14.11 Personelle Ausstattung

B-14.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 42 Stunden.

Ärzte/innen (ohne Belegärzte/innen) in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 141

Davon Fachärzte/innen in Fachabteilungen

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

| Versorgungsform | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|-----------------|-------------------|-----------|
| Stationär | 2 | |
| Ambulant | 0 | |

| Beschäftigungsverhältnis | Anzahl Vollkräfte | Kommentar |
|--------------------------|-------------------|-----------|
| Direkt | 2 | |
| Nicht Direkt | 0 | |

Anzahl stationäre Fälle je Vollkraft: 141

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) |
|------|---|
| AQ20 | Haut- und Geschlechtskrankheiten |

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

| Nr. | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF03 | Allergologie |

B-14.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpfleger(innen)

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 Vollkraft:

B-14.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische 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 | Kommentar |
|---|----------|--------------------|--|
| Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU) | 376 | 99,2 | |
| Geburtshilfe (16/1) | 1348 | 94,5 | |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1) | 314 | 100,0 | |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1) | 70 | 100,0 | |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2) | 20 | 100,0 | |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3) | 17 | 100,0 | |
| Hüftendoprothesenversorgung (HEP) | 215 | 100,0 | |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP) | 197 | 100,0 | |
| Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE) | 19 | 100,0 | |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1) | 56 | 100,0 | |
| Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5) | 11 | 100,0 | |
| Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4) | 27 | 100,0 | |
| Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6) | 13 | 100,0 | |
| Karotis-Revaskularisation (10/2) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Knieendoprothesenversorgung (KEP) | 117 | 100,0 | |
| Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP) | 108 | 100,0 | |
| Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (KEP_WE) | 9 | 100,0 | |

| | | | |
|--|-----|-------|--|
| Mammachirurgie (18/1) | 228 | 100,0 | |
| Neonatologie (NEO) | 277 | 100,0 | |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK) | 273 | 98,9 | |
| Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ¹ | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH) | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Koronarchirurgie, isoliert (HCH) | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zähleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Zähleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herztransplantation (HTXM_TX) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Leberlebendspende (LLS) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lebertransplantation (LTX) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierenlebendspende (NLS) | 0 | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Nierentransplantation (PNTX) ² | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |
| Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX) | | | In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. |

¹In den Leistungsbereichen isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

²In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

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.

C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen |
| Grundgesamtheit | 373 |
| Beobachtete Ereignisse | 348 |
| Erwartete Ereignisse | 373,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 93,30% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,45 - 98,54% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 90,29 - 95,42% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | D50 |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht 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 nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) |
| Grundgesamtheit | 362 |
| Beobachtete Ereignisse | 338 |
| Erwartete Ereignisse | 362,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 93,37% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,49 - 98,58% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 90,32 - 95,50% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (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 anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) |
| Grundgesamtheit | 11 |
| Beobachtete Ereignisse | 10 |
| Erwartete Ereignisse | 11,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 90,91% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,91 - 97,56% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 62,26 - 98,38% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden) |
| Grundgesamtheit | 307 |
| Beobachtete Ereignisse | 285 |
| Erwartete Ereignisse | 307,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 92,83% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,01 - 95,18% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 89,39 - 95,22% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben |
| Grundgesamtheit | 155 |
| Beobachtete Ereignisse | 132 |
| Erwartete Ereignisse | 155,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 85,16% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 93,74 - 93,99% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 78,72 - 89,90% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | H20 |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt |
| Grundgesamtheit | 239 |
| Beobachtete Ereignisse | 229 |
| Erwartete Ereignisse | 239,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 95,81% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,47 - 95,66% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 92,47 - 97,71% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Ambulant erworbene Pneumonie |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Grundgesamtheit | 373 |
| Beobachtete Ereignisse | 51 |
| Erwartete Ereignisse | 52,85 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,96 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,58 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,05 - 1,07 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,74 - 1,24 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| 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 |
| Grundgesamtheit | 367 |
| Beobachtete Ereignisse | 350 |
| Erwartete Ereignisse | 367,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 95,37% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,42 - 96,55% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 92,71 - 97,09% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen |
| 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 |
| Grundgesamtheit | 22 |
| Beobachtete Ereignisse | 19 |
| Erwartete Ereignisse | 22,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 86,36% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,18 - 97,87% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 66,67 - 95,25% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | U33 |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben |
| Grundgesamtheit | 398 |
| Beobachtete Ereignisse | 397 |
| Erwartete Ereignisse | 398,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 99,75% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,14 - 99,21% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 98,59 - 99,96% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen) |
| Grundgesamtheit | 1267 |
| Beobachtete Ereignisse | 396 |
| Erwartete Ereignisse | 376,09 |
| Ergebnis (Einheit) | 1,05 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,23 (90. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 - 0,99 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,97 - 1,14 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Der Zeitraum zwischen der Entscheidung, einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen, und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten |
| Grundgesamtheit | 18 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 18,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,23 - 0,46% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 17,59% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen) |
| Grundgesamtheit | 1143 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1143,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,22 - 0,24% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 0,33% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | "Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden) |
| Grundgesamtheit | 1143 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 2,39 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 berücksic |
| Referenzbereich (bundesweit) | Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,01 - 1,12 berücksic |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 1,60 berücksic |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | "Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 berücksic |
| Referenzbereich (bundesweit) | Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,95 - 1,18 berücksic |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend |
| Grundgesamtheit | 57 |
| Beobachtete Ereignisse | 56 |
| Erwartete Ereignisse | 57,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 98,24% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,96 - 97,37% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 90,71 - 99,69% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Geburtshilfe |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischem Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden) – bei der Auswertung wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind (z. B. Vorerkrankungen) berücksichtigt |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,32 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,02 - 1,08 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation |
| 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 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,18 |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,03 - 1,17 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,11 - 1,33% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
|--|--|
| 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 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 20,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 7,23 - 8,07% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
|--|--|
| 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 |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,05 - 1,25% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | U32 |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
|--|---|
| 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 kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis |
| Grundgesamtheit | 89 |
| Beobachtete Ereignisse | 78 |
| Erwartete Ereignisse | 89,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 87,64% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 74,04 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 87,96 - 88,59% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 79,21 - 92,96% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheeter |
| Grundgesamtheit | 195 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 195,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,94 % (90. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,38 - 2,56% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 1,93% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund |
| 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 |
| Grundgesamtheit | 5 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 5,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 11,01 - 13,58% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
|---|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund |
| 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 |
| Grundgesamtheit | 7 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 7,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 11,05 - 12,96% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 35,43% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie |
| 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 |
| Grundgesamtheit | 26 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Erwartete Ereignisse | 26,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 19,23% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 40,23 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 19,39 - 20,68% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 8,51 - 37,88% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Aggregatwechsel |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft |
| Grundgesamtheit | 84 |
| Beobachtete Ereignisse | 84 |
| Erwartete Ereignisse | 84,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,02 - 98,22% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 95,63 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Leitlinienkonforme Systemwahl |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt |
| Grundgesamtheit | 64 |
| Beobachtete Ereignisse | 63 |
| Erwartete Ereignisse | 64,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 98,44% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,46 - 98,64% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 91,67 - 99,72% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung | Systeme 1. Wahl |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung | Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten |
| Grundgesamtheit | 64 |
| Beobachtete Ereignisse | 59 |
| Erwartete Ereignisse | 64,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 92,19% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,72 - 96,98% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 82,98 - 96,62% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Systeme 2. Wahl |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten |
| Grundgesamtheit | 64 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 64,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,11 - 0,16% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 5,66% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Systeme 3. Wahl |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten |
| Grundgesamtheit | 64 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | 64,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 6,25% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 10,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,48 - 1,66% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 2,46 - 15,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| 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) |
| Grundgesamtheit | 90 |
| Beobachtete Ereignisse | 82 |
| Erwartete Ereignisse | 90,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 91,11% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 60,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 89,04 - 89,45% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 83,43 - 95,43% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten |
| Grundgesamtheit | 272 |
| Beobachtete Ereignisse | 255 |
| Erwartete Ereignisse | 272,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 93,75% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,66 - 95,81% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 90,22 - 96,06% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sondendislokation oder -dysfunktion |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,36 - 1,53% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,02 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,04 - 1,17 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|--|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) 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 (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,67 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 - 1,05 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Implantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an 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 Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Grundgesamtheit | 17 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 17,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,88 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,93 - 1,19 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers |
| Grundgesamtheit | 10 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 10,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,87 - 1,34% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 27,75% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Grundgesamtheit | 17 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,26 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,03 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,84 - 1,11 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 11,98 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht |
| Grundgesamtheit | 137 |
| Beobachtete Ereignisse | 135 |
| Erwartete Ereignisse | 137,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 98,54% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,05 - 97,20% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 94,83 - 99,60% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| 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 |
| Grundgesamtheit | 19 |
| Beobachtete Ereignisse | 19 |
| Erwartete Ereignisse | 19,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 86,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 91,99 - 92,72% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 83,18 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand |
| Grundgesamtheit | 61 |
| Beobachtete Ereignisse | 6 |
| Erwartete Ereignisse | 61,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 9,84% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 15,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 13,48 - 14,03% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 4,59 - 19,84% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sturzprophylaxe |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden |
| Grundgesamtheit | 178 |
| Beobachtete Ereignisse | 173 |
| Erwartete Ereignisse | 178,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 97,19% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 85,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,72 - 95,90% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 93,59 - 98,79% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| 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) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 11,41 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 4,45 - 4,79% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| 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) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 7,50 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,28 - 2,42% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Beweglichkeit bei Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden |
| Grundgesamtheit | 137 |
| Beobachtete Ereignisse | 136 |
| Erwartete Ereignisse | 137,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 99,27% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,03 - 98,16% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 95,98 - 99,87% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | 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) |
| Grundgesamtheit | 189 |
| Beobachtete Ereignisse | 7 |
| Erwartete Ereignisse | 7,17 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,98 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,40 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,98 - 1,02 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,48 - 1,96 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben) |
| Grundgesamtheit | 167 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 167,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,19 - 0,23% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftendoprothesenversorgung |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf |
| 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" |
| Grundgesamtheit | 30 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 30,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 6,60<= 3,12 (|
| Referenzbereich (bundesweit) | berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)" |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,06 - 1,14<= 3,12 (|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | U32 |

| 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 zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,72 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,46 - 1,57% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| 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) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 15,15 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 5,84 - 6,54% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden |
| Grundgesamtheit | 56 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | 56,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 16,07% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 15,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 13,85 - 14,40% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 8,69 - 27,81% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | A41 |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sturzprophylaxe |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden |
| Grundgesamtheit | 50 |
| Beobachtete Ereignisse | 50 |
| Erwartete Ereignisse | 50,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 85,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 95,16 - 95,52% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 92,87 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | 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) |
| Grundgesamtheit | 44 |
| Beobachtete Ereignisse | 8 |
| Erwartete Ereignisse | 5,22 |
| Ergebnis (Einheit) | 1,53 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,24 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,01 - 1,05 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,80 - 2,69 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|---|--|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| 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) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 4,50 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,18 - 1,36% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| | |
|---|---|
| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | "Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden" |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00<= 4,28 (|
| Referenzbereich (bundesweit) | berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)" |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,83 - 0,99<= 4,28 (|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | "Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an 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 |
| Grundgesamtheit | 56 |
| Beobachtete Ereignisse | 11 |
| Erwartete Ereignisse | 5,99 |
| Ergebnis (Einheit) | 1,83<= 2,17 (|
| Referenzbereich (bundesweit) | berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)" |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,96 - 1,01<= 2,17 (|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,06 - 2,97<= 2,17 (|
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung |
|--|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Grundgesamtheit | 56 |
| Beobachtete Ereignisse | 5 |
| Erwartete Ereignisse | 3,66 |
| Ergebnis (Einheit) | 1,37 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,07 (90. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,07 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,59 - 2,95 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft |
| Grundgesamtheit | 70 |
| Beobachtete Ereignisse | 70 |
| Erwartete Ereignisse | 70,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 98,60 - 98,78% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 94,80 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Leitlinienkonforme Indikation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Standards angemessen |
| Grundgesamtheit | 27 |
| Beobachtete Ereignisse | 24 |
| Erwartete Ereignisse | 27,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 88,89% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 91,75 - 92,43% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 71,94 - 96,15% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | U32 |

| Leistungsbereich (LB) | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Leitlinienkonforme Systemwahl |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Der Schockgeber (Defibrillator-System) wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt |
| Grundgesamtheit | 27 |
| Beobachtete Ereignisse | 24 |
| Erwartete Ereignisse | 27,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 88,89% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,28 - 96,75% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 71,94 - 96,15% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | U33 |

| 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 |
| Grundgesamtheit | 35 |
| Beobachtete Ereignisse | 31 |
| Erwartete Ereignisse | 35,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 88,57% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 60,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 91,40 - 92,00% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 74,05 - 95,46% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten |
| Grundgesamtheit | 89 |
| Beobachtete Ereignisse | 87 |
| Erwartete Ereignisse | 89,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 97,75% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,13 - 96,40% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 92,17 - 99,38% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sondendislokation oder -dysfunktion |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,71 - 0,94% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | H99 |
| Kommentar beauftragte Stelle | Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der PG-Leitfaden |

| Leistungsbereich (LB) | Implantierbare Defibrillatoren-Implantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Grundgesamtheit | 27 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,22 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 6,75 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,81 - 1,10 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 15,63 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Technisches Problem am Schockgeber (Defibrillator), das zu einer erneuten Operation führte (Aggregat- oder Sondenproblem) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 8,69 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,20 - 3,58% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Prozedurassoziertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeingriff |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Probleme im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme). Diese Probleme führten zu einer erneuten Operation |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 6,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,98 - 3,35% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Infektion als Indikation zum Folgeingriff |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Infektion, die zu einer erneuten Operation führte |
| Grundgesamtheit | 38 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 38,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 2,44 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,47 - 0,63% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 9,18% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators) |
| Grundgesamtheit | 11 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 11,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,35 - 0,71% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 25,88% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |
| Grundgesamtheit | 13 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,13 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,70 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,12 - 1,49 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 22,84 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| 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 |
| Grundgesamtheit | 100 |
| Beobachtete Ereignisse | 99 |
| Erwartete Ereignisse | 100,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 99,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,75 - 97,90% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 94,55 - 99,82% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| 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 |
| Grundgesamtheit | 9 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | 9,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,17 - 96,68% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 70,09 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| 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 |
| Grundgesamtheit | 9 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | 9,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 86,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,87 - 93,72% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 70,09 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| 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) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 5,00 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,35 - 1,46% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | 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) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 10,37 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 2,95 - 3,55% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | H99 |
| Kommentar beauftragte Stelle | Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der PG-Leitfaden |

| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation |
| 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) |
| Grundgesamtheit | 109 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | 109,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 3,67% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,89 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,00 - 1,10% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 1,44 - 9,06% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel |
| 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) |
| Grundgesamtheit | 9 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 9,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 13,33 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 4,25 - 4,96% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 29,91% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Beweglichkeit bei Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden |
| Grundgesamtheit | 109 |
| Beobachtete Ereignisse | 103 |
| Erwartete Ereignisse | 109,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 94,49% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 92,79 - 93,04% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 88,51 - 97,45% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | 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) |
| Grundgesamtheit | 111 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,58 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 3,79 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,83 - 0,95 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 6,41 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Knieendoprothesenversorgung |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthaltes verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben) |
| Grundgesamtheit | 100 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 100,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,03 - 0,05% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| 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 |
| Grundgesamtheit | 20 |
| Beobachtete Ereignisse | 20 |
| Erwartete Ereignisse | 20,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 98,54 % (5. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,76 - 99,81% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Feststellung, dass die Patientinnen und Patienten Brustkrebs haben, wurde vor der Behandlung durch eine Gewebeuntersuchung abgesichert |
| Grundgesamtheit | 147 |
| Beobachtete Ereignisse | 141 |
| Erwartete Ereignisse | 147,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 95,92% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,34 - 97,57% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 91,38 - 98,12% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| 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 möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.) |
| Grundgesamtheit | 30 |
| Beobachtete Ereignisse | 30 |
| Erwartete Ereignisse | 30,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 99,14 - 99,38% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 88,65 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer 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 möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.) |
| Grundgesamtheit | 47 |
| Beobachtete Ereignisse | 47 |
| Erwartete Ereignisse | 47,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,76 - 98,10% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 92,44 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Primäre Axilladissektion bei DCIS |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium hatten) |
| Grundgesamtheit | 16 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 16,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,04 - 0,19% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,00 - 19,36% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, werden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium haben und bei denen die Brust nicht entfernt wird, sondern brusterhaltend operiert wird) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 8,20 % (80. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 5,42 - 6,71% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | A41 |

| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie |
| 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) |
| Grundgesamtheit | 75 |
| Beobachtete Ereignisse | 73 |
| Erwartete Ereignisse | 75,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 97,33% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 90,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 96,23 - 96,63% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 90,79 - 99,27% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Mammachirurgie |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Zwischen dem Zeitpunkt, wann der Brustkrebs festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage |
| Grundgesamtheit | 129 |
| Beobachtete Ereignisse | 15 |
| Erwartete Ereignisse | 129,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 11,63% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 16,36 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,85 - 4,17% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 7,17 - 18,30% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen) |
| Grundgesamtheit | 226 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 226,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,31 - 0,38% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Sehr kleine Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden |
| Grundgesamtheit | 32 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | 32,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 12,50% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,60 - 4,34% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 4,97 - 28,07% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen) |
| Grundgesamtheit | 32 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | 1,73 |
| Ergebnis (Einheit) | 2,31 |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,84 - 1,01 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,92 - 5,19 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|---|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,00 - 3,68% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|--|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,89 - 1,09 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Schwerwiegende Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden |
| Grundgesamtheit | 36 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 36,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,91 - 2,43% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an nekrotisierenden Enterokolitiden (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen) |
| Grundgesamtheit | 36 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1,03 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,80 - 1,02 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden |
| Grundgesamtheit | 25 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 25,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 5,07 - 6,07% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen) |
| Grundgesamtheit | 25 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 1,45 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,87 - 1,04 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|--|--|
| Bezeichnung der Kennzahl | Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden |
| Grundgesamtheit | 22 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 22,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 3,03 - 3,91% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|--|---|
| Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl | Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen) |
| Grundgesamtheit | 22 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 0,77 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00 |
| Referenzbereich (bundesweit) | Nicht definiert |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,81 - 1,05 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |

| 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 |
| Grundgesamtheit | 37 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | 4,56 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,88 |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 1,91 (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,88 - 0,98 |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,35 - 2,01 |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | "Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Infektion, die sie im Krankenhaus erworben haben (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden" |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00<= 2,79 (|
| Referenzbereich (bundesweit) | berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)" |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,87 - 0,97<= 2,79 (|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | "Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an beatmeten Kindern mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden" |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00<= 2,54 (|
| Referenzbereich (bundesweit) | berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)" |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,87 - 0,98<= 2,54 (|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|---|--------------------------------|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Zunahme des Kopfumfangs |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Wachstum des Kopfes |
| Grundgesamtheit | 55 |
| Beobachtete Ereignisse | 4 |
| Erwartete Ereignisse | 55,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 7,27% |
| Referenzbereich (bundesweit) | <= 21,74 % (95. Perzentil) |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 9,58 - 10,53% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 2,86 - 17,26% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|---|------------------------------------|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Durchführung eines Hörtests |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Ein Hörtest wurde durchgeführt |
| Grundgesamtheit | 248 |
| Beobachtete Ereignisse | 248 |
| Erwartete Ereignisse | 248,00 |
| Ergebnis (Einheit) | 100,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | >= 95,00 % |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 97,77 - 97,95% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 98,47 - 100,00% |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | "Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32 Wochen |
| Grundgesamtheit | 36 |
| Beobachtete Ereignisse | 0 |
| Erwartete Ereignisse | 2,23 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00<= 2,52 (|
| Referenzbereich (bundesweit) | berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)" |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,90 - 1,05<= 2,52 (|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Neonatologie |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | "Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen |
| Grundgesamtheit | 228 |
| Beobachtete Ereignisse | 9 |
| Erwartete Ereignisse | 9,82 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,92<= 2,04 (|
| Referenzbereich (bundesweit) | berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)" |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,92 - 0,98<= 2,04 (|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | 0,49 - 1,70<= 2,04 (|
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|--|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1) |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | "Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) 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 (Dekubitus Grad/ Kategorie 1))" |
| Grundgesamtheit | 17356 |
| Beobachtete Ereignisse | 30 |
| Erwartete Ereignisse | 41,77 |
| Ergebnis (Einheit) | 0,72<= 2,31 (|
| Referenzbereich (bundesweit) | berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten" |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 1,05 - 1,07<= 2,31 (|
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | R10 |

| Leistungsbereich (LB) | Pflege: Dekubitusprophylaxe |
|---|---|
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4 |
| Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators | Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4) |
| Grundgesamtheit | entfällt |
| Beobachtete Ereignisse | entfällt |
| Erwartete Ereignisse | |
| Ergebnis (Einheit) | 0,00% |
| Referenzbereich (bundesweit) | Sentinel-Event |
| Vertrauensbereich (bundesweit) | 0,01 - 0,01% |
| Vertrauensbereich (Krankenhaus) | entfällt |
| Bewertung durch den Strukturierten Dialog | D50 |
| Kommentar beauftragte Stelle | Bereits zum zweiten Mal in Folge auffällig wegen u.a. einer fehlerhaften Dokumentation |

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

| Legende - Bewertung durch den Strukturierten Dialog | |
|--|---|
| A41 | = Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel |
| A42 | = Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt |
| A43 | = Unzureichende Qualität bei einem planungsrelevanten Qualitätsindikator |
| A99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| D50 | = Unvollständige oder falsche Dokumentation |
| D51 | = Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht |
| D99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| H20 | = Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| H99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| N01 | = Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| N02 | = Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |
| N99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| R10 | = Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich |
| S90 | = Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog |
| S91 | = Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen |
| S91 | = Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen |
| S99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| U31 | = Besondere klinische Situation |
| U32 | = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| U33 | = Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) |
| U34 | = Ausnahmetatbestände erklären statistisch auffälliges Ergebnis bei einem planungsrelevanten Qualitätsindikator |
| U99 | = Sonstiges (im Kommentar erläutert) |

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Die Qualitätsanforderungen im Gesundheitswesen nehmen kontinuierlich zu. Hygiene und Patientensicherheit haben in den vergangenen zehn bis zwanzig Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das ist auch notwendig, denn die Entwicklung von Antibiotikaresistenzen bei Keimen, das gestiegene Durchschnittsalter stationärer Patienten und veränderte Krankheitsbilder müssen von entsprechenden Maßnahmen der Qualitätssicherung begleitet werden. In keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens wird Qualität so umfassend kontrolliert und bewertet wie bei den Kliniken.

Die Qualitätspolitik von AGAPLESION orientiert sich an der DIN EN ISO 9001:2015. Danach sind alle Prozesse als Führungs-, Kern- oder Unterstützungsprozesse definiert und im Qualitätsmanagementhandbuch für alle zugänglich abgelegt. Unsere Qualitätspolitik geht jedoch weit über die gesetzlich vorgeschriebene Umsetzung von Einzelmaßnahmen hinaus. Sie zielt darauf ab, die zahlreichen Instrumente der Qualitätssicherung systematisch miteinander zu verzahnen. In vielen Unternehmen ist die Verortung von Qualität in der Unternehmensplanung nicht definiert. Bei AGAPLESION ist sie dagegen Teil der strategischen Unternehmensplanung.

D-2 Qualitätsziele

Ein Konzernverbund wie AGAPLESION hat die Möglichkeit, Fachleute aus verschiedenen Einrichtungen zusammenzubringen. Auf diese Weise können Qualitätsstandards umfassender und zielgerichteter entwickelt und umgesetzt werden, als das für einzelne, kleine Häuser überhaupt möglich ist.

Grundlage bilden hierfür unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz zur Erfüllung der an uns gestellten Erwartungen und als Chance zur kontinuierlichen Verbesserung unserer Leistungen. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:



D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

D-3.1. Audits

Audits sind systematische und unabhängige Bewertungen, inwieweit die Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Auf der Grundlage von Nachweisen wird der Erfüllungsgrad der Anforderungen objektiv bewertet und dokumentiert.

Bei gezielten Begehungen und Gesprächen, den sogenannten internen Audits, ermitteln wir, ob unser Qualitätsmanagement-System unsere eigenen, die gesetzlich festgelegten sowie die Anforderungen der Zertifizierungsnorm DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt. Alle Prozesse unseres Krankenhauses werden von der Aufnahme des Patienten bis hin zur Entlassung analysiert und auf ihre Wirksamkeit überprüft. Aus der Überprüfung leiten wir konkrete Verbesserungspotenziale ab, die in die Arbeit des internen Qualitätsmanagements einfließen.

Auch ausgewählte Lieferanten und Dienstleister werden anhand von einheitlichen Maßstäben jährlich beurteilt und von dieser Bewertung in Kenntnis gesetzt. Die Ergebnisse zeigen die Stärken, aber auch die Schwächen der Lieferantenbeziehungen auf und dienen als Basis für konkrete Verbesserungsziele hinsichtlich Ihrer Leistung.

D-3.2. Risikomanagement

In allen Arbeitsbereichen können Risiken entstehen oder bereits vorhanden sein. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und zu vermindern bzw. zu beseitigen.

Die systematische Identifizierung von Risiken erfolgt mit Hilfe eines anonymen Frühwarnsystems, dem Critical Incident Reporting System (CIRS). In diesem werden kritische Ereignisse erfasst, bevor sie zu Fehlern führen. Diese Meldungen von Mitarbeitern zu Beinahe-Fehlern werden aufgearbeitet, Lösungsstrategien entwickelt und notwendige Veränderungen an Prozessen vorgenommen. Abschließend folgt die Weitervermittlung der Neuerungen an die Mitarbeiter und die Umsetzung in die Praxis, um künftig solche Fehler zu vermeiden.

Neben dem CIRS führen unsere Einrichtungen strukturiert Informationen über Risiken aus Risikointerviews, Begehungen oder Audits zusammen.

Auch die Sicherung und Steigerung der Patientensicherheit gehört in unserem Haus zum festen Bestandteil des Risikomanagements. In allen Bereichen sind Standards und Maßnahmen umgesetzt, die dazu dienen, die Identifikation des Patienten bei allen Behandlungsschritten festzustellen oder zu kontrollieren, sowie das Risiko von Verwechslungen jeglicher Art und deren Folgen auszuschließen. Umgesetzte Maßnahmen im Bereich Patientensicherheit sind zum Beispiel:

1. Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT
2. Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich
3. Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
4. Einführung von Sicherheitschecklisten zur Vermeidung von Verwechslung und Behandlungsfehlern
5. 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
6. Etablierung einer Hygienekonzeption

Die beschriebenen Maßnahmen sind auch in dem Film zur Patientensicherheit in unserem Internetauftritt zu sehen.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

D-4.1. Zertifizierungen

Wir nutzen Begehungen durch außenstehende Experten, sogenannte Zertifizierungen, um die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems zu überprüfen und weitere Verbesserungspotenziale aufzeigen zu lassen. Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 kommen jährlich alle Prozesse und Abläufe auf den Prüfstand. Zusätzlich unterzieht sich unser Haus auch in anderen Bereichen Prüfungen als Nachweis einer guten Qualität und der kontinuierlichen Weiterverbesserung.



Zertifiziertes Darmkrebszentrum
der
Deutschen Krebsgesellschaft e. V.



Ärztammer Westfalen-Lippe zertifiziert
als anerkanntes Brustzentrum des
Landes NRW



DIOcert zertifiziert als Regionales
Traumazentrum nach den
Richtlinien TraumaNetzwerk DGU®



endoCert zertifiziert als
Endoprothetikzentrum

D-4.2. Meinungsmanagement

Wir nutzen den aktiven Umgang mit Meinungen aller Interessengruppen als Chance zur Qualitätsverbesserung. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter Ansprechpartner, um Lob, Anregungen und Beschwerden aufzunehmen – persönlich, telefonisch, schriftlich oder per E-Mail. Jede Meinung, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde, wird vom Meinungsmanagement bearbeitet und an die zuständigen Abteilungen weitergeleitet.

Die gewonnenen Meinungen zu unseren Abläufen, Organisationsstrukturen und Mitarbeiterverhalten fließen in die Bewertungen des Qualitäts- und Risikomanagements ein und dienen uns als wichtige Hinweise bei der Neustrukturierung von Abläufen und der Anpassung unseres Angebots.



D-4.3. Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter sind der Schlüssel zum Erfolg. Ziel des Ideenmanagements ist es daher, eine für alle Mitarbeiter verständliche, attraktive und motivierende Grundlage für die Generierung von Ideen zu schaffen. Resultat soll die Einreichung von vielen guten und auch innovativen Ideen sein. Grundsätzlich sollen durch die eingereichten Ideen verschiedene Ergebnisse, Bereiche und Prozesse verbessert werden.

Anhand unserer Ideenbörse können Mitarbeitende als Experten der Praxis Verbesserungsvorschläge und Ideen einreichen. Aus diesen Anregungen lassen sich konkrete Maßnahmen ableiten und umsetzen. Innovative Ideen werden innerhalb von Projekten zur Umsetzung geführt.

Die Innovationsfähigkeit unserer Einrichtung zeichnet uns als modernen Gesundheitsdienstleister und attraktiven Arbeitgeber aus.

D-4.4. Befragung

Da die Erwartungen und Bedürfnisse unserer Patienten und ihrer Angehörigen, unserer Mitarbeiter, aber auch unserer Kooperationspartner und einweisenden Ärzte im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit stehen, führen wir regelmäßige Befragungen zur Erhebung der Zufriedenheit mit den Leistungsangeboten und den Abläufen mit folgenden Themenschwerpunkten durch:

1. Aufnahme, Diagnose, Behandlung und Entlassung
2. Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus
3. Kooperation mit den Rettungsdiensten
4. Endoprothetik- und Brustzentrum
5. Speiserversorgung
6. Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal

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

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Strukturierte Projektarbeit zählt als wichtiger Baustein zum Qualitätsmanagement. Das Projektmanagement unserer Einrichtung unterstützt die Bearbeitung komplexer Projekte, die verschiedenen Verantwortungsbereiche sowie bereichs- und berufsgruppenübergreifende Themen. Dabei durchläuft sie verschiedene Projektschritte. In Zusammenarbeit aller Beteiligten erfolgen die Erarbeitung von Lösungen, die Umsetzung sowie die Überprüfung des Projekterfolges.

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was könnte beim nächsten Mal besser laufen?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Dazu zählen unter anderem die drei folgenden:

Mitarbeitersicherheit

Eine Projektgruppe zur Verbesserung der Mitarbeitersicherheit wurde mit dem Ziel etabliert, ein Konzept zum Umgang mit Gewalt und Aggressivität zu erstellen sowie Gewaltereignisse durch präventive Maßnahmen zu verhindern. Dazu wurden baulich-technische, organisatorische und personenbezogene Maßnahmen in der inter- und multiprofessionellen Projektgruppe erarbeitet. Weiter wurden Maßnahmen zur Nachsorge von Gewaltfällen und deren Aufarbeitung etabliert.

Etablierung Meinungsmanagement

Im Krankenhaus wurde das konzernweite Meinungsmanagement etabliert. Neben Beschwerden werden auch Anregungen sowie Lob systematisch erfasst, evaluiert und Maßnahmen abgeleitet. Oberstes Ziel der Bearbeitung von Beschwerden ist es, deren Ursache zu klären und eine rasche Problemlösung durch geeignete Maßnahmen herbeizuführen, um die Kundenzufriedenheit wiederherzustellen. Die gewonnenen Informationen dienen als Leitfaden bei der Neustrukturierung von Abläufen, der Erweiterung des Angebots und der Optimierung der Ausstattung.

Etablierung „Hagener Medizinforum“

Mit dem „Hagener Medizinforum“ wurde eine eigene Vortragsreihe etabliert, welche interessierten Gästen verschiedene medizinische Themen allgemeinverständlich erläutert und damit einen niederschweligen Zugang zum Leistungsangebot des Krankenhauses bietet. Ziel ist es, zum einen das Leistungsspektrum des Hauses bekannter zu machen und zum anderen mit der breiten Öffentlichkeit in den Dialog zu treten. Daher besteht nach dem ärztlichen Fachvortrag immer die Möglichkeit für die Besucher,