

Qualitätsbericht 2021

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
für das Berichtsjahr 2021

Erstellt am 31.12.2022



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	.7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers.....	9
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	9
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	11
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	13
A-9	Anzahl der Betten.....	13
A-10	Gesamtfallzahlen.....	13
A-11	Personal des Krankenhauses	14
A-12	Umgang mit Risiken in der Patient:innenversorgung.....	31
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	43
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	44
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen 45
B-1	Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie	45
B-2	Anästhesie, Schmerz- und Intensivmedizin.....	50
B-3	Dermatologie	54
B-4	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	58
B-5	Innere Medizin	64
B-6	Kardiologie.....	70

B-7	Kinder- und Jugendmedizin	75
B-8	Neonatologie.....	80
B-9	Orthopädie.....	86
B-10	Radiologie.....	91
B-11	Unfallchirurgie	95
B-12	Urologie.....	101
C	Qualitätssicherung	107
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	107
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate.....	107
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung.....	109
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	190
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	190
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	190
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	190
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	191
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	191
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr.....	191
D	Qualitätsmanagement	192

Einleitung



Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	Leitung Medizinische Entwicklung und Controlling
Titel, Vorname, Name	Christina Wittig
Telefon	02331/201-6467
Fax	02331/201-1015
E-Mail	christina.wittig@agaplesion.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Vorsitzender der Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name	Alex Hoppe
Telefon	02331/201-1001
Fax	02331/201-1002
E-Mail	alex.hoppe@agaplesion.de

Weiterführende Links

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

Link zu weiterführenden Informationen:

Frankfurt am Main, im Dezember 2022

Sehr geehrte Leser:innen,

die AGAPLESION gAG ist in diesem Jahr 20 Jahre alt geworden. Von Anfang an hatten wir den Anspruch, unseren Patient:innen zugewandte und ganzheitliche Medizin und Pflege nach modernen Qualitätsstandards zu bieten. Die Organisation und Medizinstrategie wurden beständig weiterentwickelt, um neuen Trends einen Schritt voraus zu sein und um die Expert:innen stärker in die Mitgestaltung und Ausarbeitung innovativer Ideen einzubeziehen.

Die hohe Qualität bei AGAPLESION ist das Ergebnis unserer guten Zusammenarbeit und von intern und externen Qualitätsprüfungen (Auditprogrammen). Unseren mehr als 22.000 Mitarbeiter:innen bieten wir umfangreiche Fort- und Weiterbildungen, die Ausgestaltung persönlicher Karrierewege und die Partizipation aller Hierarchieebenen. Einfach ausgedrückt: Wir möchten, dass sie gerne zu uns kommen, weil sie sich auf ihre Kolleg:innen und ihre Aufgaben freuen.

... **Kultur:** Als christlicher Gesundheitskonzern messen wir einer Gemeinschaft, die von gegenseitigem Vertrauen und Respekt geprägt ist, eine hohe Bedeutung bei. Sie trägt dazu bei, dass Mitarbeiter:innen ihr kreatives Potenzial einbringen und ihre Arbeit als sinnhaft und erfüllend empfinden. Gesundheitsdienstleistungen sind derart komplex geworden, dass kollaboriertes Arbeiten und Interdisziplinarität enorm an Bedeutung gewonnen haben.

... **Austausch:** Unsere Mitarbeiter:innen treffen sich zu Gremien und Expert:innenboards zu unterschiedlichen Themen. Gemeinsam erarbeiten sie innovative und zukunftsorientierte Lösungen für alle Unternehmensbereiche. Neue Projekte können in Piloteinrichtungen getestet, auf die Bedürfnisse vor Ort angepasst und konzernweit übernommen werden. So stellen wir sicher, dass neue Ideen unseren hohen Qualitätsansprüchen genügen.

... **Interdisziplinarität:** Komplementäre Fachabteilungen sorgen für einen ganzheitlichen 360-Grad-Blick auf unsere Patient:innen. Die Expertise und die Routine der Teams bei komplexen Eingriffen sind hoch, und sie verfügen über eine exzellente medizintechnische und räumliche Ausstattung. Unsere Kliniken haben zahlreiche Zertifizierungen als Nachweis z. B. für die onkologische, endoprothetische, traumatologische und kardiologische Expertise.

Qualität ist für uns eng gekoppelt an motivierte und inspirierte Mitarbeiter:innen, die sich in einem attraktiven Unternehmen persönlich und fachlich weiterentwickeln möchten. Gemeinsam tun unsere Teams alle dafür, damit sich unsere Patient:innen und deren Angehörige bei AGAPLESION medizinisch und pflegerisch gut versorgt und behandelt wissen. Wir sind vertrauensvolle und verlässliche Wegbegleiter in persönlich herausfordernden Zeiten.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Stv. Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG

Hagen, im Dezember 2022

Liebe Leser:innen,

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

Gut sein – noch besser werden

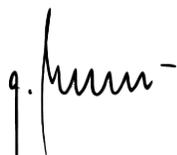
Doch das ist nicht genug. Wir wollen unsere Behandlungsqualität immer weiter verbessern. Um Ihre Sicherheit in unserer Klinik zu gewährleisten, arbeiten wir kontinuierlich zum Beispiel an den Abläufen von Operationen, den Hygienestandards oder Patient:inneninformationen. Mit Hilfe des folgenden Qualitätsberichtes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

Das AGAPLESION ALLGEMEINE KRANKENHAUS HAGEN

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

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

Mit freundlichen Grüßen



Alex Hoppe
Geschäftsführer
AGAPLESION ALLGEMEINES KRANKENHAUS HAGEN

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021:

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patient:innen sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Herr Georg Schmidt ist seit dem 01.08.2017 Nachfolger des Herrn Dipl.-Soz. wiss. Reinhard Tennert als Geschäftsführer des AGAPLESION ALLGEMEINES KRANKENHAUS HAGEN gem. GmbH.

Krankenhaus	
Krankenhausname	AGAPLESION ALLGEMEINES KRANKENHAUS HAGEN gem. GmbH
Hausanschrift	Grünstr. 35 58095 Hagen
Zentrales Telefon	02331/201-1001
Fax	02331/201-1002
Zentrale E-Mail	petra.niedergriese@agaplesion.de
Postanschrift	Grünstr. 35 58095 Hagen
Institutionskennzeichen	260500481
Standortnummer aus dem Standortregister	772088000
Standortnummer (alt)	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	allgemeinchirurgie.akh@agaplesion.de

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

Funktion	Medizinischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Andreas Schroeder
Telefon	02331/201-1001
Fax	02331/201-1002
E-Mail	andreas.schroeder@agaplesion.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

Funktion	Pflegedirektorin seit 01.06.2021
Titel, Vorname, Name	Anna Dittrich
Telefon	02331/201-2584
Fax	02331/201-2591
E-Mail	anna.dittrich@agaplesion.de

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

Funktion	Pflegedirektor bis 31.05.2021
Titel, Vorname, Name	Toralf Kerndt
Telefon	02331/201-2584
Fax	02331/201-2591
E-Mail	anna.dittrich@agaplesion.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

Funktion	Verwaltungsleiterin
Titel, Vorname, Name	Gloria Anheuser
Telefon	02331/201-1001
Fax	02331/201-1002
E-Mail	gloria.anheuser@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 Neugeborene
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	Neugeborene
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Erwachsene, Kinder-Diabetes-Zentrum
MP69	Eigenblutspende	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Kinderklinik
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Geriatrische Station und in Zusammenarbeit mit dem SPZ
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Bezugspflege für Kinder und Erwachsene
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	Elternschule - Programm auf www.akh-hagen.de
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Urologie
MP25	Massage	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
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, Tag der offenen Tür, Patientenveranstaltungen zu Gesundheitsthemen
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Kinästhetik
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Schulungen in der Kinderklinik
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	Babymassagekurs, PEKIP, Elternschule, usw.
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen/Entbindungspflegern	Spezielle Kursangebote auch in polnischer Sprache möglich, Elternschule
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Pflegevisiten, Pflege-Status-Erfassung, Pflegeexperten
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP43	Stillberatung	Elternschule mit diversen Kursangeboten
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Warm touch, ITS + AN
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	Elternschule mit diversen Kursangeboten
MP51	Wundmanagement	Zertifizierte Wundmanagerin, Spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Überleitungspflege
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM02	Ein-Bett-Zimmer	https://www.akh-hagen.de/ihr-aufenthalt/informationen-zu-ihrem-aufenthalt	
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		
NM07	Rooming-in		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		Es besteht die Möglichkeit ein Zusatzbett aufzustellen.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		
NM42	Seelsorge		Die evangelischen und katholischen KrankenhausseelsorgerInnen nehmen sich Zeit, Ihnen zu begegnen und Sie zu unterstützen.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM50	Kinderbetreuung		Alle Altersgruppen. Öffnungszeiten: Mo-Sa 08:30-12:00 / Mo, Do, Fr: 14:30-17:00 / Di, Mi: 12:30-16:30
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		ILCO Gruppe Hagen - Selbsthilfe für Menschen mit Darmkrebs, künstlichem Darmausgang oder künstlicher Harnableitung
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Jedes unserer Patientenzimmer ist mit einem Telefon je Bett und einem Fernsehgerät ausgestattet.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Funktion	MAV
Titel, Vorname, Name	Hanne Fiedler
Telefon	02331/201-1523
E-Mail	hanne.fiedler@agaplesion.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	Haus 2
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Station 15b mit geriatrischer Frührehabilitation und Kinästhetik
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Bosnisch, Bulgarisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Koreanisch, Kroatisch, Philippinisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Russisch, Serbisch, Spanisch, Ukrainisch, Ungarisch
BF25	Dolmetscherdienst	Sämtliche Sprachen
BF24	Diätische Angebote	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Durch die Grünen Damen/Grünen Herren
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	Haus 2
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	Toiletten, Aufzüge
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	

A-8 **Forschung und Lehre des Krankenhauses**

A-8.1 **Forschung und akademische Lehre**

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

A-8.2 **Ausbildung in anderen Heilberufen**

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

A-9 **Anzahl der Betten**

Betten	
Betten	486

A-10 **Gesamtfallzahlen**

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	20265
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	43166
Fallzahl stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 136,53

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	136,53	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	136,53	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 70,44

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	70,44	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	70,44	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 3

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 288

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	288	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	288	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 288

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	288	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	288	
Nicht Direkt	0	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt
Anzahl Vollkräfte: 73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	73	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	73	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 73

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	73	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	73	
Nicht Direkt	0	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 17

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 17

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 19

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 19

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	19	
Nicht Direkt	0	

Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15	
Nicht Direkt	0	

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 48

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	48	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	48	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 48

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	48	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	48	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13	
Nicht Direkt	0	

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: In Kooperation mit dem SPZ Hagen.

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

SP09 - Heilpädagogin und Heilpädagoge

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: In Kooperation mit dem SPZ Hagen.

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: In Kooperation mit dem SPZ Hagen.

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: Kooperation mit einem externen Dienstleister.

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP06 - Erzieherin und Erzieher

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patient:innenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Funktion	Leitung Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Susanne Hinzen
Telefon	02331/201-6016
Fax	02331/201-1002
E-Mail	qm.akh@agaplesion.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführer, Pflegedirektor, Verwaltungsleiterin, Personalleiterin, Ärztlicher Direktor, Stv. Ärztlicher Direktor
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person

Angaben zur Person	Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---------------------------	--

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

Funktion	Leitung Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Susanne Hinzen
Telefon	02331/201-6016
Fax	02331/201-1002
E-Mail	qm.akh@agaplesion.de

A-12.2.2 *Lenkungs-gremium*

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

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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

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

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

Nr.	Instrument und Maßnahme
EF06	CIRS NRW (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	Externer Berater des MVZ für Laboratoriumsmedizin Transfusionsmedizin und Hämostaseologie Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie Hygiene und Umweltmedizin
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	10	
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	3	3 hausinterne Fachkraft mit einem Stellenumfang von 2,67 VK
Hygienebeauftragte in der Pflege	28	

Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission

Funktion	Medizinischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dr. Andreas Schroeder
Telefon	02331/201-1001
Fax	20331/201-1002
E-Mail	andreas.schroeder@agaplesion.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
- Kopfhaube	Ja
- Mund-Nasen-Schutz	Ja
- steriles Abdecktuch	Ja

Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert Ja

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

Der Standard liegt vor Ja

Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom. autorisiert Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor	Ja
Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe

Der Standard liegt vor	Ja
1. Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja
b) Zu verwendende Antibiotika	Ja
c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	Ja
2. Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja
3. Antibiotikaprophylaxe 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	36,00 ml/Patiententag

Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	119,00 ml/Patiententag

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Teilweise
---	-----------

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

MRSA

Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
---	----

Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja
---	----

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja
---	----

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja
---------------------------------	----

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Möglich	Ja
Link	https://www.akh-hagen.de/ueber-uns/qualitaet/meinungsmanagement
Kommentar	Jede Meinung kann auch anonym abgegeben werden.

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	qualitaetsmanagement.akh@agaplesion.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 Patient:innen 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	Leiter der Zentral-Apotheke
Titel, Vorname, Name	Ulrich Sommer
Telefon	02331/1843-0
E-Mail	info@joho-dortmund.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

Erläuterungen

Kooperation mit externer Apotheke

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

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

Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

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

A-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 Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-	
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	-	Moderne SPECT-CT.
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	
AA22	Magnetresonanztomographie (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	Moderne 1,5 Tesla MRT.
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	In Kooperation mit dem ansässigen Dialysezentrum.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
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.

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses	
Zugeordnete Notfallstufe	Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein

Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt
Erfüllung der Voraussetzungen der Notfallstufe

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie

B-1.1 Allgemeine Angaben Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie

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

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

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

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1388
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K80	206	Gallensteinleiden
2	K40	132	Leistenbruch (Hernie)
3	K35	110	Akute Blinddarmentzündung
4	K57	108	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
5	C18	64	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
6	E04	58	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse
7	K56	58	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
8	K43	57	Bauchwandbruch (Hernie)
9	K61	39	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters
10	L05	39	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus
11	C20	34	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
12	K64	34	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
13	K42	30	Nabelbruch (Hernie)
14	R10	29	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
15	K59	27	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-511	246	Cholezystektomie
2	5-932	194	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
3	8-930	178	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
4	9-984	175	Pflegebedürftigkeit
5	5-469	157	Andere Operationen am Darm
6	5-530	138	Verschluss einer Hernia inguinalis
7	8-831	133	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	5-455	122	Partielle Resektion des Dickdarmes
9	1-632	117	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
10	5-983	115	Reoperation
11	5-069	114	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen
12	5-470	109	Appendektomie
13	5-399	107	Andere Operationen an Blutgefäßen
14	5-377	87	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders
15	1-653	81	Diagnostische Proktoskopie

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

B-1.8 *Ambulante Behandlungsmöglichkeiten*

Notfallambulanz	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angebotene Leistung	Chirurgische Intensivmedizin (VC67)
Angebotene Leistung	Notfallmedizin (VC71)

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

Trifft nicht zu.

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

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

B-1.11 *Personelle Ausstattung*

B-1.11.1 *Ärztinnen und Ärzte*

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,07

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,07	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,07	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 114,99586

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 134,75728

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-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

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

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

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

Ärztliche Leitung

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

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

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

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

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

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 15,53

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,53	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,53	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,01

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,01	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,01	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

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

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-3 Dermatologie

B-3.1 Allgemeine Angaben Dermatologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Dermatologie
Fachabteilungsschlüssel	3400
Art	Belegabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
----------------------------	----

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Dermatologie

Nr. Medizinische Leistungsangebote Dermatologie

VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut

B-3.5 Fallzahlen Dermatologie

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	188
Teilstationäre Fallzahl	0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C44	153	Sonstiger Hautkrebs
2	C43	10	Schwarzer Hautkrebs - Malignes Melanom
3	B02	4	Gürtelrose - Herpes zoster
4	A46	< 4	Wundrose - Erysipel
5	B01	< 4	Windpocken
6	B86	< 4	Krätze - Skabies
7	C06	< 4	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile des Mundes
8	C79	< 4	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen
9	D03	< 4	Örtlich begrenzter schwarzer Hautkrebs - Melanoma in situ
10	D04	< 4	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) der Haut
11	I83	< 4	Krampfader der Beine
12	L08	< 4	Sonstige örtlich begrenzte Entzündung der Haut bzw. Unterhaut
13	L12	< 4	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe - Pemphigoidkrankheit
14	L20	< 4	Milchschorf bzw. Neurodermitis
15	L24	< 4	Hautentzündung durch Kontakt mit Giftstoffen

B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-895	176	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
2	5-902	130	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle
3	8-191	72	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen
4	5-903	68	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut
5	9-984	68	Pflegebedürftigkeit
6	5-913	5	Entfernung oberflächlicher Hautschichten
7	5-894	4	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
8	5-164	< 4	Andere Exzision, Destruktion und Exenteration der Orbita und Orbitainnenhaut
9	5-182	< 4	Resektion der Ohrmuschel
10	5-212	< 4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase
11	5-273	< 4	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle
12	5-311	< 4	Temporäre Tracheostomie

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	5-896	< 4	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
14	5-915	< 4	Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
15	8-133	< 4	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters

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

B-3.8 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

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

Trifft nicht zu.

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

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

B-3.11 **Personelle Ausstattung**

B-3.11.1 *Ärztinnen und Ärzte*

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

Anzahl: 3

Kommentar: 1,35 VK ohne Belegarzt, 1,30 VK direkt angestellt und 0,05 indirekte Anstellung. Davon 0,85 VK Facharzt, 0,80 VK direkt angestellt und 0,05 indirekte Anstellung.

Anzahl stationäre Fälle je Person: 62,66667

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunkt Kompetenzen)
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-4 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-4.1 Allgemeine Angaben Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Fachabteilungsschlüssel	2400
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt seit 01.10.2021
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Askin Dogan
Telefon	02331/201-2164
Fax	02331/201-3119
E-Mail	gynaekologie.akh@agaplesion.de
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	http://www.akh-hagen.de/

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt bis 30.09.2021
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Marc Schüssler
Telefon	02331/201-2164
Fax	02331/201-3119
E-Mail	gynaekologie.akh@agaplesion.de
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	http://www.akh-hagen.de/

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Nr. Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde und Geburtshilfe

VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde und Geburtshilfe
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
VG05	Endoskopische Operationen
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG19	Ambulante Entbindung

B-4.5 Fallzahlen Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3682
Teilstationäre Fallzahl	0

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	Z38	1024	Neugeborene
2	O42	216	Vorzeitiger Blasensprung
3	O34	190	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane
4	O80	185	Normale Geburt eines Kindes
5	O70	166	Dammriss während der Geburt
6	C50	156	Brustkrebs
7	O68	140	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes
8	O21	87	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft
9	C56	69	Eierstockkrebs
10	N83	64	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder
11	O71	58	Sonstige Verletzung während der Geburt
12	O36	56	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	O20	53	Blutung in der Frühschwangerschaft
14	O60	52	Vorzeitige Wehen und Entbindung
15	O63	51	Sehr lange dauernde Geburt

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

B-4.7 **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

B-4.7.1 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-262	1031	Postnatale Versorgung des Neugeborenen
2	1-208	1027	Registrierung evozierter Potentiale
3	5-758	477	Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]
4	9-261	435	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
5	5-749	372	Andere Sectio caesarea
6	9-260	365	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
7	8-910	291	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
8	5-740	244	Klassische Sectio caesarea
9	5-730	177	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]
10	9-984	167	Pflegebedürftigkeit
11	5-690	159	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
12	5-870	132	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
13	1-672	100	Diagnostische Hysteroskopie
14	5-401	95	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
15	5-738	93	Episiotomie und Naht

B-4.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Notfallambulanz (24h)	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angebotene Leistung	Betreuung von Risikoschwangerschaften (VG10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (VG08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse (VG01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane (VG13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse (VG02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes (VG11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (VG14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse (VG03)
Angebotene Leistung	Endoskopische Operationen (VG05)
Angebotene Leistung	Geburtshilfliche Operationen (VG12)
Angebotene Leistung	Gynäkologische Chirurgie (VG06)
Angebotene Leistung	Inkontinenzchirurgie (VG07)
Angebotene Leistung	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie (VG04)
Angebotene Leistung	Pränataldiagnostik und -therapie (VG09)

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,51	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,51	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 319,89574

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 800,43478

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-5 Innere Medizin

B-5.1 Allgemeine Angaben Innere Medizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Innere Medizin
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote Innere Medizin

Nr. Medizinische Leistungsangebote Innere Medizin

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Innere Medizin
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI35	Endoskopie
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis

B-5.5 Fallzahlen Innere Medizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	5184
Teilstationäre Fallzahl	0

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J18	237	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
2	J12	232	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren
3	C18	204	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
4	N17	183	Akutes Nierenversagen
5	C25	173	Bauchspeicheldrüsenkrebs
6	C16	170	Magenkrebs
7	K29	156	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
8	C90	140	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)
9	J44	127	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
10	E11	106	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
11	I10	102	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
12	C34	91	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs
13	C20	90	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
14	N39	84	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
15	E86	79	Flüssigkeitsmangel

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

B-5.7 **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

B-5.7.1 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	2689	Pflegebedürftigkeit
2	1-632	1739	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
3	1-440	943	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
4	1-650	654	Diagnostische Koloskopie
5	8-930	630	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
6	8-543	541	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
7	5-452	486	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
8	8-831	377	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
9	8-800	360	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
10	8-98g	353	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
11	8-547	349	Anderer Immuntherapie
12	8-542	333	Nicht komplexe Chemotherapie
13	5-469	297	Anderer Operationen am Darm
14	8-855	296	Hämodiafiltration
15	8-854	274	Hämodialyse

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

B-5.8 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Notfallambulanz (24h)	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes (VI02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (VI10)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura (VI16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums (VI13)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)
Angebotene Leistung	Endoskopie (VI35)
Angebotene Leistung	Intensivmedizin (VI20)
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

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

Trifft nicht zu.

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

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

B-5.11 **Personelle Ausstattung**

B-5.11.1 **Ärztinnen und Ärzte**

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 30,01

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	30,01	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	30,01	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 172,74242

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 597,92388

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-6 Kardiologie

B-6.1 Allgemeine Angaben Kardiologie

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

Ärztliche Leitung

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

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote Kardiologie

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

B-6.5 Fallzahlen Kardiologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	3436
Teilstationäre Fallzahl	0

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I20	527	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris
2	I50	470	Herzschwäche
3	R07	452	Hals- bzw. Brustschmerzen
4	I48	352	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
5	I21	313	Akuter Herzinfarkt
6	I25	173	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens
7	R55	143	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
8	I10	134	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
9	R00	95	Störung des Herzschlages
10	I47	70	Anfallsweise auftretendes Herzrasen
11	I49	68	Sonstige Herzrhythmusstörung
12	I26	61	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie
13	I34	61	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht
14	I11	46	Bluthochdruck mit Herzkrankheit
15	I95	43	Niedriger Blutdruck

B-6.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	1449	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
2	8-83b	1178	Zusatzinformationen zu Materialien
3	8-837	1154	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
4	9-984	859	Pflegebedürftigkeit
5	8-933	709	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie
6	8-930	694	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
7	3-052	417	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
8	3-030	325	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
9	3-990	324	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
10	3-991	324	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
11	3-05g	256	Endosonographie des Herzens
12	1-266	245	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt
13	8-640	225	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
14	1-265	190	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt
15	8-835	176	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen

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

B-6.8 *Ambulante Behandlungsmöglichkeiten*

Notfallambulanz	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)

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

Trifft nicht zu.

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

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

B-6.11 *Personelle Ausstattung*

B-6.11.1 *Ärztinnen und Ärzte*

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 15,79

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,79	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,79	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 217,60608

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,92	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,92	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 433,83838

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-6.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-7 Kinder- und Jugendmedizin

B-7.1 Allgemeine Angaben Kinder- und Jugendmedizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Kinder- und Jugendmedizin
Fachabteilungsschlüssel	1000
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote Kinder- und Jugendmedizin

Nr. Medizinische Leistungsangebote Kinder- und Jugendmedizin

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

B-7.5 Fallzahlen Kinder- und Jugendmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1692
Teilstationäre Fallzahl	0

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J20	120	Akute Bronchitis
2	A09	107	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
3	G40	100	Anfallsleiden - Epilepsie
4	J06	76	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege
5	E10	56	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-1
6	R55	51	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
7	A08	47	Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Viren oder sonstige Krankheitserreger
8	S06	47	Verletzung des Schädelinneren
9	R10	45	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
10	K59	43	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall
11	J12	42	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren
12	J21	39	Akute Entzündung der unteren, kleinen Atemwege - Bronchiolitis
13	N10	39	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen
14	F80	32	Entwicklungsstörung des Sprechens bzw. der Sprache
15	R07	30	Hals- bzw. Brustschmerzen

B-7.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-207	745	Elektroenzephalographie [EEG]
2	9-984	205	Pflegebedürftigkeit
3	8-930	170	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
4	8-903	158	(Analgo-)Sedierung
5	8-98g	95	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
6	6-003	45	Applikation von Medikamenten, Liste 3
7	1-710	28	Ganzkörperplethysmographie

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	1-632	26	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie
9	1-204	18	Untersuchung des Liquorsystems
10	1-440	18	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
11	8-984	17	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
12	8-900	11	Intravenöse Anästhesie
13	8-121	9	Darmspülung
14	1-444	7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
15	8-711	7	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen

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

B-7.8 *Ambulante Behandlungsmöglichkeiten*

Notfallambulanz	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VK08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) (VK05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VK07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (VK06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen (VK16)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen (VK15)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Allergien (VK13)
Angebotene Leistung	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin (VK12)
Sozialpädiatrisches Zentrum Hagen (SPZ)	
Ambulanzart	Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V (AM03)
Angebotene Leistung	Sozialpädiatrisches Zentrum (VK35)

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

Trifft nicht zu.

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

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

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 17,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	17,51	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,51	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 96,6305

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,31

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,31	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,31	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 231,46375

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
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-7.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
-----------------	-------------------	-----------

Stationär	0	
-----------	---	--

Ambulant	0	
----------	---	--

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
--------------------------	-------------------	-----------

Direkt	0	
--------	---	--

Nicht Direkt	0	
--------------	---	--

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Ja Nein

B-8 Neonatologie

B-8.1 Allgemeine Angaben Neonatologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Neonatologie
---------------	--------------

Fachabteilungsschlüssel	1200
-------------------------	------

Art	Hauptabteilung
-----	----------------

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
----------	----------

Titel, Vorname, Name	Dr. med. Jan-Claudius Becker
----------------------	------------------------------

Telefon	02331/201-2436
---------	----------------

Fax	02331/201-2438
-----	----------------

E-Mail	paediatric.akh@agaplesion.de
--------	--

Straße/Nr	Grünstr. 35
-----------	-------------

PLZ/Ort	58095 Hagen
---------	-------------

Homepage	http://www.akh-hagen.de/
----------	---

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-8.3 Medizinische Leistungsangebote Neonatologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Neonatologie
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
VK02	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK23	Versorgung von Mehrlingen
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärztinnen und Frauenärzten
VK25	Neugeborenencreening
VK36	Neonatologie

B-8.5 Fallzahlen Neonatologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	305
Teilstationäre Fallzahl	0

B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	P07	116	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht
2	P22	43	Atemnot beim Neugeborenen
3	P59	26	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen
4	P70	10	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist
5	J06	8	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege
6	P02	7	Schädigung des ungeborenen Kindes bzw. des Neugeborenen durch Komplikationen von Mutterkuchen (Plazenta), Nabelschnur oder Eihäuten
7	P28	6	Sonstige Störung der Atmung mit Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt
8	P58	6	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstigen vermehrten Abbau roter Blutkörperchen
9	P92	5	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen
10	A09	< 4	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
11	B08	< 4	Sonstige Viruskrankheit, die an Haut bzw. Schleimhaut auftritt
12	B34	< 4	Viruskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet
13	D18	< 4	Gutartige Veränderung der Blutgefäße (Blutschwamm) bzw. Lymphgefäße (Lymphschwamm)
14	E03	< 4	Sonstige Schilddrüsenunterfunktion
15	E27	< 4	Sonstige Krankheit der Nebenniere

B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-930	251	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
2	1-208	233	Registrierung evozierter Potentiale
3	9-262	223	Postnatale Versorgung des Neugeborenen
4	8-010	173	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen
5	8-711	96	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen
6	8-560	91	Lichttherapie
7	8-706	53	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
8	8-720	44	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
9	8-831	33	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
10	8-704	26	Intubation mit Doppellumentubus
11	1-207	25	Elektroenzephalographie [EEG]
12	6-003	19	Applikation von Medikamenten, Liste 3
13	8-800	19	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
14	8-987	11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
15	8-98g	11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern

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

B-8.8 **Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

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

Trifft nicht zu.

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

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

B-8.11 **Personelle Ausstattung**

B-8.11.1 *Ärztinnen und Ärzte*

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-8.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-8.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-9 Orthopädie

B-9.1 Allgemeine Angaben Orthopädie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Orthopädie
Fachabteilungsschlüssel	2300
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-9.3 Medizinische Leistungsangebote Orthopädie

Nr. Medizinische Leistungsangebote Orthopädie

VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VO19	Schulterchirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

B-9.5 Fallzahlen Orthopädie

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	1091
Teilstationäre Fallzahl	0

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M54	167	Rückenschmerzen
2	M17	129	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
3	M16	96	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
4	M51	87	Sonstiger Bandscheibenschaden
5	M75	76	Schulterverletzung
6	M23	51	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
7	M48	38	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule
8	S32	38	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
9	T84	32	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
10	M80	31	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose
11	M20	21	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen
12	M19	17	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)
13	M25	16	Sonstige Gelenkrankheit
14	M00	12	Eitrige Gelenkentzündung
15	M05	12	Anhaltende (chronische) Entzündung mehrerer Gelenke mit im Blut nachweisbarem Rheumafaktor

B-9.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-9.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	270	Pflegebedürftigkeit
2	5-812	144	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
3	5-810	135	Arthroskopische Gelenkoperation
4	5-822	132	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk
5	5-839	111	Andere Operationen an der Wirbelsäule
6	5-820	107	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
7	5-814	94	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
8	5-811	93	Arthroskopische Operation an der Synovialis
9	5-988	91	Anwendung eines Navigationssystems
10	8-910	88	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
11	5-984	82	Mikrochirurgische Technik
12	5-986	78	Minimalinvasive Technik

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	8-930	76	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
14	5-032	71	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis
15	5-83b	70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule

B-9.7.2 [Weitere Kompetenzprozeduren \(PDF-Sicht\)](#)

B-9.8 [Ambulante Behandlungsmöglichkeiten](#)

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

B-9.9 [Ambulante Operationen nach § 115b SGB V](#)

Trifft nicht zu.

B-9.10 [Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft](#)

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

B-9.11 [Personelle Ausstattung](#)

B-9.11.1 [Ärztinnen und Ärzte](#)

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,29

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,29	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 173,44992

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,39

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,39	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,39	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 202,41187

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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

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

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-10 Radiologie

B-10.1 Allgemeine Angaben Radiologie

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefärztin seit 01.02.2021
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Ursula Kasper
Telefon	02331/201-2374
Fax	02331/201-2365
E-Mail	radiologie.akh@agaplesion.de
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	http://www.akh-hagen.de/

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt bis 31.01.2021
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Johannes Kirchner
Telefon	02331/201-2374
Fax	02331/201-
E-Mail	radiologie.akh@agaplesion.de
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	http://www.akh-hagen.de/

B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Keine Vereinbarung geschlossen

B-10.3 Medizinische Leistungsangebote Radiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Radiologie
VR41	Interventionelle Radiologie
VR42	Kinderradiologie
VR43	Neuroradiologie
VR44	Teleradiologie
VR10	Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel

B-10.5 Fallzahlen Radiologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-10.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

B-10.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-10.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-225	1021	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
2	3-222	828	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
3	3-226	743	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
4	3-200	700	Native Computertomographie des Schädels
5	3-203	241	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
6	3-800	227	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
7	3-802	176	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
8	3-202	170	Native Computertomographie des Thorax
9	3-206	149	Native Computertomographie des Beckens
10	3-220	114	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
11	3-705	99	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems
12	3-228	88	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel
13	3-207	83	Native Computertomographie des Abdomens
14	3-20x	79	Andere native Computertomographie
15	3-205	61	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems

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

B-10.8 *Ambulante Behandlungsmöglichkeiten*

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

Trifft nicht zu.

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

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

B-10.11 *Personelle Ausstattung*

B-10.11.1 *Ärztinnen und Ärzte*

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,13	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,19

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,19	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,19	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

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

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-10.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-10.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-11 Unfallchirurgie

B-11.1 Allgemeine Angaben Unfallchirurgie

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

Ärztliche Leitung

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

B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-11.3 Medizinische Leistungsangebote Unfallchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Unfallchirurgie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie
VO19	Schulterchirurgie

B-11.5 Fallzahlen Unfallchirurgie

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	1315
Teilstationäre Fallzahl	0

B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-11.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S82	138	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
2	S52	135	Knochenbruch des Unterarmes
3	S06	126	Verletzung des Schädelinneren
4	S72	125	Knochenbruch des Oberschenkels
5	S42	105	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
6	S00	71	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
7	S32	70	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	S22	44	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
9	M75	30	Schulterverletzung
10	S27	25	Verletzung sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Organe im Brustkorb
11	S83	25	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder
12	S30	22	Oberflächliche Verletzung des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens
13	S92	22	Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes
14	T84	21	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
15	S43	20	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Schultergürtels

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

B-11.7 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

B-11.7.1 *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	367	Pflegebedürftigkeit
2	5-794	310	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
3	8-930	296	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
4	5-790	135	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
5	5-916	124	Temporäre Weichteildeckung
6	5-896	116	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
7	5-787	109	Entfernung von Osteosynthesematerial
8	5-793	102	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
9	5-892	96	Andere Inzision an Haut und Unterhaut
10	8-800	90	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
11	5-900	73	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
12	5-792	67	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens
13	5-820	61	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
14	5-839	59	Andere Operationen an der Wirbelsäule
15	5-869	54	Andere Operationen an den Bewegungsorganen

B-11.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Notfallambulanz	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)
D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	
Ambulanzart	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen (VC31)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen (VC42)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (VC39)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes (VC41)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (VC35)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes (VC36)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes (VC37)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses (VC33)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand (VC38)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (VC40)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes (VC32)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax (VC34)

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-11.11 Personelle Ausstattung

B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,8	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 168,58974

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,21

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,21	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,21	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 312,35154

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-11.11.2 *Pflegepersonal*

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-11.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

B-12 Urologie

B-12.1 Allgemeine Angaben Urologie

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

Ärztliche Leitung

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

B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-12.3 Medizinische Leistungsangebote Urologie

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

B-12.5 Fallzahlen Urologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1984
Teilstationäre Fallzahl	0

B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-12.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C67	395	Harnblasenkrebs
2	N13	393	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere
3	C61	162	Prostatakrebs
4	N40	159	Gutartige Vergrößerung der Prostata
5	N20	149	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter
6	N10	83	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen
7	N32	45	Sonstige Krankheit der Harnblase
8	N30	42	Entzündung der Harnblase
9	C62	37	Hodenkrebs
10	C64	37	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs
11	R39	32	Sonstige Beschwerden, die Harnwege bzw. Harnblase betreffen
12	N45	28	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	R31	27	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin
14	N39	26	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
15	N41	26	Entzündliche Krankheit der Prostata

B-12.6.2 [Weitere Kompetenzdiagnosen \(PDF-Sicht\)](#)

B-12.7 [Durchgeführte Prozeduren nach OPS](#)

B-12.7.1 [Durchgeführte Prozeduren nach OPS](#)

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-13d	807	Urographie
2	8-132	598	Manipulationen an der Harnblase
3	8-137	501	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
4	9-984	442	Pflegebedürftigkeit
5	5-573	338	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
6	5-572	280	Zystostomie
7	8-930	261	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8	1-661	209	Diagnostische Urethrozystoskopie
9	5-562	209	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
10	5-601	174	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe
11	5-585	167	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra
12	5-550	163	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung
13	8-542	136	Nicht komplexe Chemotherapie
14	3-13f	116	Zystographie
15	1-665	98	Diagnostische Ureterorenoskopie

B-12.7.2 [Weitere Kompetenzprozeduren \(PDF-Sicht\)](#)

B-12.8 [Ambulante Behandlungsmöglichkeiten](#)

Notfallambulanz (24h)	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz (VU02)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters (VU04)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems (VU05)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems (VU07)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten (VU01)
Angebotene Leistung	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis (VU03)

B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-12.11 Personelle Ausstattung

B-12.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,89

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,89	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,89	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 182,18549

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,84

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,84	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,84	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 224,43439

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-12.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-12.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische / psychosomatische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) (PCI_LKG)	1274	100,0	
Nierentransplantation (PNTX) ¹	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation (HTXM_TX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation (LTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	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.
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ²		100,0	
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)		100,0	
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)		100,0	
Koronarchirurgische Operation (HCH_KC)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

¹In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

²In den Leistungsbereichen isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentation srate	Kommentar
Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_KATH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe (HCH_AK_CHIR)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	464	99,8	
Mammachirurgie (18/1)	158	100,0	
Gynäkologische Operationen (15/1)	244	100,0	
Dekubitusprophylaxe (DEK)	326	100,0	
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	64	100,0	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	21	100,0	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	4	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	32	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	5	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/6)	< 4	< 4	
Geburtshilfe (16/1)	1224	100,0	
Neonatologie (NEO)	210	100,0	
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	177	100,0	
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)	15	100,0	
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)	162	100,0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	48	100,0	
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	134	100,0	
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)	7	100,0	
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)	127	100,0	

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	2005
Grundgesamtheit	452
Beobachtete Ereignisse	444
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,23%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,09 - 99,16%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,55 - 99,10%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2006
Grundgesamtheit	443
Beobachtete Ereignisse	436
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,42%
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	99,13 - 99,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,77 - 99,23%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2007
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	88,89%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,24 - 98,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	56,50 - 98,01%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	2009
Grundgesamtheit	195
Beobachtete Ereignisse	167
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	85,64%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	90,82 - 91,14%

Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,03 - 89,87%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	H99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar beauftragte Stelle	rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
Ergebnis-ID	2013
Grundgesamtheit	146
Beobachtete Ereignisse	135
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	92,47%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,29 - 92,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,01 - 95,74%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist
Ergebnis-ID	2028
Grundgesamtheit	303
Beobachtete Ereignisse	295
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,36%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,47 - 96,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,88 - 98,66%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
Ergebnis-ID	2036
Grundgesamtheit	294
Beobachtete Ereignisse	260
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	88,44%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,74 - 98,83%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	84,27 - 91,61%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	50722
Grundgesamtheit	438
Beobachtete Ereignisse	430
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,17%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,66 - 96,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,44 - 99,07%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	50778

Grundgesamtheit	199
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	17,29
Ergebnis (Einheit)	0,87
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,01 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,53 - 1,39
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	231900
Grundgesamtheit	238
Beobachtete Ereignisse	37
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	15,55%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	17,46 - 17,85%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	11,49 - 20,69%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	232008_231900
Grundgesamtheit	452
Beobachtete Ereignisse	54
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	11,95%
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	18,04 - 18,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	9,27 - 15,26%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	232007_50778
Grundgesamtheit	402
Beobachtete Ereignisse	25
Erwartete Ereignisse	31,23
Ergebnis (Einheit)	0,80
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,55 - 1,16
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232009_50722
Grundgesamtheit	224
Beobachtete Ereignisse	220
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,21%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,57 - 96,75%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,50 - 99,30%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde
Ergebnis-ID	232010_50778
Grundgesamtheit	203
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	13,94
Ergebnis (Einheit)	0,72
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,39 - 1,29
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232000_2005
Grundgesamtheit	238
Beobachtete Ereignisse	232
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,48%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,85 - 98,95%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,61 - 98,84%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232001_2006
Grundgesamtheit	233
Beobachtete Ereignisse	228
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,85%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,89 - 99,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,08 - 99,08%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232002_2007
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	80,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,41 - 98,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	37,55 - 96,38%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	232003_2009
Grundgesamtheit	394
Beobachtete Ereignisse	216
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	54,82%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	66,70 - 67,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	49,89 - 59,67%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232004_2013
Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	83
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	90,22%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,56 - 92,97%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	82,44 - 94,77%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232005_2028
Grundgesamtheit	162
Beobachtete Ereignisse	154
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	95,06%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,61 - 95,86%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,56 - 97,48%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungsnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	232006_2036
Grundgesamtheit	153
Beobachtete Ereignisse	123
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	80,39%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,58 - 98,73%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	73,39 - 85,91%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungsnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	16695
Beobachtete Ereignisse	56
Erwartete Ereignisse	44,53
Ergebnis (Einheit)	1,26
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,28 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,97 - 1,63
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	U61 - Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	16695
Beobachtete Ereignisse	41
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,25%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,33 - 0,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,18 - 0,33%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben
Ergebnis-ID	521800
Grundgesamtheit	16695
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,02%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	16695
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,08%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,05 - 0,14%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

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
Ergebnis-ID	318
Grundgesamtheit	58
Beobachtete Ereignisse	55
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,83%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,95 - 97,38%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	85,86 - 98,23%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung der Kennzahl	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	321
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,21 - 0,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

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
Ergebnis-ID	330
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	89,47%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,07 - 96,94%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	68,61 - 97,06%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	A72 - Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt

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
Ergebnis-ID	1058

Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,14 - 0,33%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 10,72%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

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
Ergebnis-ID	50045
Grundgesamtheit	417
Beobachtete Ereignisse	409
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,08%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,88 - 98,97%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,26 - 99,02%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung der Kennzahl	Azidose bei reifen Einlingen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
Ergebnis-ID	51397
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,37
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,07 - 2,09
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

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 kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51803
Grundgesamtheit	1125
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	7,97
Ergebnis (Einheit)	0,50
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,32
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,20 - 1,29
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Azidose bei frühgeborenen Einlingen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
Ergebnis-ID	51831
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,84
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,94 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 1,15
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,15 - 4,54
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Kaiserschnittgeburt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
Ergebnis-ID	52249
Grundgesamtheit	1210
Beobachtete Ereignisse	414
Erwartete Ereignisse	363,16
Ergebnis (Einheit)	1,14
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,24 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,05 - 1,23
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
Ergebnis-ID	181800
Grundgesamtheit	798
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,69
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,96 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,74 - 0,88
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,53
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	
Bezeichnung der Kennzahl	Geburtshilfe
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern
	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51808_51803
Grundgesamtheit	1125
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,20
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,24 - 1,58
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 19,11
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51813_51803
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,83
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,12
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,23 - 3,01
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter -16
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51818_51803
Grundgesamtheit	entfällt

Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,35
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,86 - 0,95
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,06 - 1,96
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51823_51803
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,40
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,07 - 2,28
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation - Ebene 1
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182000_52249
Grundgesamtheit	193
Beobachtete Ereignisse	34
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	17,62%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,37 - 18,71%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	12,89 - 23,61%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation - Ebene 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182001_52249
Grundgesamtheit	115
Beobachtete Ereignisse	51
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	44,35%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	45,40 - 46,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	35,60 - 53,46%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation - Ebene 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182002_52249
Grundgesamtheit	394
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	4,31%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,61 - 3,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,71 - 6,80%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation - Ebene 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182003_52249
Grundgesamtheit	153
Beobachtete Ereignisse	35
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	22,88%

Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	20,66 - 21,28%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	16,93 - 30,15%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	
-	
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation - Ebene 5
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182004_52249
Grundgesamtheit	210
Beobachtete Ereignisse	168
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	80,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	70,41 - 70,95%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,07 - 84,85%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	
-	
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation - Ebene 6
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182005_52249
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	18
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,74%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,30 - 93,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	75,36 - 99,06%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	
-	
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation - Ebene 7
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182006_52249
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	22
Erwartete Ereignisse	

Ergebnis (Einheit)	91,67%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	85,92 - 87,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,15 - 97,68%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation - Ebene 8
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden
Ergebnis-ID	182007_52249
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	46
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	80,70%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	74,58 - 75,61%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	68,66 - 88,87%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation - Ebene 9
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182008_52249
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,87 - 100,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	56,55 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Robson-Klassifikation - Ebene 10
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
Ergebnis-ID	182009_52249
Grundgesamtheit	79
Beobachtete Ereignisse	44
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	55,70%
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	43,35 - 44,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	44,73 - 66,13%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
Ergebnis-ID	181801_181800
Grundgesamtheit	774
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,59
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,73 - 0,90
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 6,47
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der vaginal-operativen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
Ergebnis-ID	181802_181800
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,10
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,71 - 0,93
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 33,01
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	612
Grundgesamtheit	58
Beobachtete Ereignisse	46
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	79,31%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 75,40 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,68 - 89,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	67,23 - 87,75%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	10211
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	16,67%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	6,97 - 7,83%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	7,34 - 33,56%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB) Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gynäkologische Operationen Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
Ergebnis-ID	12874
Grundgesamtheit	80
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	8,75%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,27%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	4,30 - 16,98%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	A71 - Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel

Leistungsbereich (LB) Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gynäkologische Operationen 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
Ergebnis-ID	51906
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,77
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,18
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,14 - 4,30
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheeter
Ergebnis-ID	52283
Grundgesamtheit	160
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	8,75%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,19 - 3,42%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	5,28 - 14,15%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	A71 - Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60685
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,65 - 0,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	U62 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
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
Ergebnis-ID	60686
Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	31,58%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 43,52 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,16 - 19,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	15,36 - 53,99%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
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
Ergebnis-ID	172000_10211
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,83 - 12,46%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
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
Ergebnis-ID	172001_10211
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,08 - 14,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52307
Grundgesamtheit	86
Beobachtete Ereignisse	86
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,54 - 98,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,72 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	111801
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,30 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,12 - 0,25%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 15,46%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51191
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,45
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,98 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,50
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechsell
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Ergebnis-ID	52139
Grundgesamtheit	83
Beobachtete Ereignisse	72
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	86,75%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,20 - 88,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	77,81 - 92,44%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.
Ergebnis-ID	52305
Grundgesamtheit	230
Beobachtete Ereignisse	223
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,96%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,30 - 95,46%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,85 - 98,52%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52311

Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,34 - 1,51%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Ergebnis-ID	54140
Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	50
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,49 - 99,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,87 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	101800
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,60
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,36 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 0,90
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,21 - 1,65
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	101801
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,60 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	101802
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	38,10%
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	52,95 - 53,67%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	27,12 - 50,44%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	101803
Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	62
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,26 - 96,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,17 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51404
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,01
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,04 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,36
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 148,38
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

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
Ergebnis-ID	52315
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,70 - 1,17%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	121800
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,10 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,60 - 0,95%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 48,99%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54001
Grundgesamtheit	102
Beobachtete Ereignisse	102
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,57 - 97,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,37 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54002
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,65 - 92,45%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	79,61 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54003
Grundgesamtheit	56

Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	8,93%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	8,60 - 9,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,87 - 19,26%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

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
Ergebnis-ID	54004
Grundgesamtheit	131
Beobachtete Ereignisse	128
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,71%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,01 - 97,17%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,48 - 99,22%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	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)
Ergebnis-ID	54012
Grundgesamtheit	151
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	5,68
Ergebnis (Einheit)	1,23
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,56 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,60 - 2,46
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54013
Grundgesamtheit	93
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,04 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,97%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54015
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	4,83
Ergebnis (Einheit)	1,86
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,25 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,01 - 3,22
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54016
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,67 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,39 - 1,50%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54017
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 19,43 % (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	7,08 - 7,90%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
Ergebnis-ID	54018
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	7,14%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,11 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,53 - 4,86%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,81 - 16,98%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54019
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7,59 % (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	2,24 - 2,38%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54120
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,37
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,98 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,38 - 3,90
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	191914
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,35
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,08
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,46 - 3,69
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	
Bezeichnung der Kennzahl	Hüftendoprothesenversorgung
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Implantatassoziierte Komplikationen
	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine Implantatfehl- lage, periprotetische Fraktur oder Endoprothesenluxation), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	191800_54120
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,79
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,12
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,87
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Weichteilkomplikationen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Weichteilkomplikationen
	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine postoperative Wundinfektion, Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	191801_54120
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,82
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 0,99
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,79 - 8,02
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe 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)
Ergebnis-ID	54029
Grundgesamtheit	46
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,88 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,75 - 1,96%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 7,71%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54030
Grundgesamtheit	46
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	8,70%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	8,88 - 9,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,43 - 20,32%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54033
Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	5,59
Ergebnis (Einheit)	0,89
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,36 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,07 - 1,11
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,39 - 1,84
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54042
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,26
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,46 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,06 - 1,11
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,05 - 1,36
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54046
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,56
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,02 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,10 - 2,92
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

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
Ergebnis-ID	54050
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	37
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,37%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,40 - 97,67%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	86,51 - 99,53%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52321
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	27
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,83 - 99,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,54 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	141800
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,80 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,18 - 0,38%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 43,45%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen
Ergebnis-ID	50005
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,49 - 97,90%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,28 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	50055
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	30
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	93,75%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,58 - 92,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	79,85 - 98,27%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51186
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	0,09
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,01 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 1,16
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 37,09
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
Ergebnis-ID	52131
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	77,42%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,22 - 91,86%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	60,19 - 88,60%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52316
Grundgesamtheit	69
Beobachtete Ereignisse	68
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,55%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	96,11 - 96,40%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,24 - 99,74%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
Ergebnis-ID	52325
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,66 - 0,91%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 12,87%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	131801
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,36
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,53 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,79 - 0,87
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,06 - 1,79
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	131802
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,50 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,74 - 1,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	H99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar beauftragte Stelle	rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	131803
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	34,62%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	53,05 - 54,48%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	19,41 - 53,78%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51196
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 1,23
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 76,03
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

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 (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
Ergebnis-ID	52324
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,48 - 0,92%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	151800
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,90 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,16 - 1,70%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Isolierte Koronarchirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verwendung der linksseitigen Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (sog. Bypass)
Ergebnis-ID	352000
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,30 - 95,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Isolierte Koronarchirurgie
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
Ergebnis-ID	352006
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,77 - 2,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Isolierte Koronarchirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	352007
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,10 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,02 - 1,16
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Isolierte Koronarchirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten
Ergebnis-ID	352010

Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,94 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,61 - 0,84%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten
Ergebnis-ID	372001
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,90 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 1,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
Ergebnis-ID	372005
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,73 - 2,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	372006
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,14 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,11
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten
Ergebnis-ID	372009
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,94 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,57 - 0,80%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

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)
Ergebnis-ID	50481
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,45 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,90 - 3,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 35,43%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54020
Grundgesamtheit	111
Beobachtete Ereignisse	109
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,20%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,89 - 98,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,67 - 99,50%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54021
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,31 - 97,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,64 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54022
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,75 - 92,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	64,57 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54028

Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,30
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,66 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,15 - 1,31
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,41 - 12,65
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54123
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,55 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,02 - 1,12%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

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)
Ergebnis-ID	54124
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,20 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

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)
Ergebnis-ID	54125
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 14,29 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,84 - 4,56%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 35,43%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54127
Grundgesamtheit	129
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%

Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 - 0,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,89%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Primäre Axilladissektion bei DCIS
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)
Ergebnis-ID	2163
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,04 - 0,19%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 27,75%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde
Ergebnis-ID	50719
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	3,67 - 4,74%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 27,75%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage
Ergebnis-ID	51370
Grundgesamtheit	101
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	5,94%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 9,52 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,41 - 2,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,75 - 12,36%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt
Ergebnis-ID	51846
Grundgesamtheit	112
Beobachtete Ereignisse	109
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,32%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,99 - 98,19%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,42 - 99,08%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

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)
Ergebnis-ID	51847
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	54
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,74%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,92 - 97,29%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	85,63 - 98,19%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

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 entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)
Ergebnis-ID	52279
Grundgesamtheit	50
Beobachtete Ereignisse	50
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,77 - 99,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,87 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie beimammografischer Drahtmarkierung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)
Ergebnis-ID	52330
Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,32 - 99,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	85,69 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nachresektionsrate
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden
Ergebnis-ID	60659
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 22,48 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,42 - 10,92%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen
Ergebnis-ID	211800
Grundgesamtheit	101
Beobachtete Ereignisse	100
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,01%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 97,41 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,40 - 99,52%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,60 - 99,83%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50050
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,25
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,68
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut der Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50052

Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,61
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 1,29
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,18
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50053
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,68
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,12 - 3,23
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nosokomiale Infektion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50060
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,90
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,47 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,31 - 2,58
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Pneumothorax unter oder nach Beatmung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50062
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,30
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,79 - 6,06
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung eines Hörtests
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ein Hörtest wurde durchgeführt
Ergebnis-ID	50063
Grundgesamtheit	181
Beobachtete Ereignisse	178
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,34%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,21 - 98,38%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,24 - 99,43%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50069
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,10
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,55 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,77 - 0,95
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,30 - 3,52
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50074
Grundgesamtheit	161
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	5,82
Ergebnis (Einheit)	0,69
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,04 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 0,98
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,27 - 1,72
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)
Ergebnis-ID	51070
Grundgesamtheit	159
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,17 - 0,23%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,36%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51076
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,47 - 3,19%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 12,87%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

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

Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,13 - 4,30%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 17,59%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51079
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,85 - 6,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

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

Vertrauensbereich (bundesweit)	3,19 - 3,99%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51837
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,75
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,25
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,13 - 3,67
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51838
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,67 - 2,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 11,03%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51843
Grundgesamtheit	31
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,85
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,25
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,03
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51901
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,45
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,29 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,10
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,13 - 1,45
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zunahme des Kopfumfangs
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wachstum des Kopfes
Ergebnis-ID	52262
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	5

Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit)	11,63%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 21,90 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,54 - 10,60%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	5,07 - 24,48%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Frühgeborene, die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51136_51901
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,75
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,25
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,13 - 3,67
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Frühgeborene, die eine schwerwiegende Hirnblutung hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51141_51901
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,85
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,78 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,90
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)

Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Frühgeborene, die eine eine schwerwiegende Schädigung des Darms hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51146_51901
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,59
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,24
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,74
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Frühgeborene, die eine schwerwiegende Schädigung der Lunge hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51156_51901
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,74
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,10
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,13 - 3,51
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Frühgeborene, die eine schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51161_51901
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,29
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,58
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 10,95
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	
Bezeichnung der Kennzahl	Neonatologie
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Keine Punktion oder Drainage des Pneumothorax
	Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
Ergebnis-ID	222000_50062
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,86 - 1,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 9,18%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Behandlung des Pneumothorax mit Einmalpunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
Ergebnis-ID	222001_50062
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,13 - 0,22%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Behandlung des Pneumothorax mit mehreren Punktionen oder Pleuradrainage
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
Ergebnis-ID	222002_50062
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,28 - 1,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraprozedurale Komplikationen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten
Ergebnis-ID	372000
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,78 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,51 - 1,84%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraprozedurale Komplikationen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten
Ergebnis-ID	382000
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,70 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,58 - 1,03%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB) Bezeichnung der Kennzahl	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
Ergebnis-ID	382005
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,03 - 2,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB) Bezeichnung des Qualitätsindikators	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	382006
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,85 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 1,16
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB) Bezeichnung des Qualitätsindikators	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten
Ergebnis-ID	382009
Grundgesamtheit	entfällt

Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,23 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,41 - 0,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.
Ergebnis-ID	56000
Grundgesamtheit	447
Beobachtete Ereignisse	401
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	89,71%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 36,30 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	61,68 - 62,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	86,64 - 92,27%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten
Ergebnis-ID	56001
Grundgesamtheit	360
Beobachtete Ereignisse	42
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	11,67%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 44,87 % (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	29,74 - 30,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	8,66 - 15,29%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
Ergebnis-ID	56003
Grundgesamtheit	61
Beobachtete Ereignisse	47
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	77,05%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 63,22 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	74,09 - 75,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	65,41 - 86,19%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
Ergebnis-ID	56004
Grundgesamtheit	61
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 8,78 % (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	3,03 - 3,40%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,02%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	56005
Grundgesamtheit	810
Beobachtete Ereignisse	58
Erwartete Ereignisse	94,73
Ergebnis (Einheit)	0,61
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,60 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 0,91
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,47 - 0,79
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	56006
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	9,37
Ergebnis (Einheit)	0,64
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,14 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 0,95
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,27 - 1,32
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	56007
Grundgesamtheit	439
Beobachtete Ereignisse	47
Erwartete Ereignisse	77,24
Ergebnis (Einheit)	0,61
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,54 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 0,93
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,45 - 0,80
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt
Ergebnis-ID	56008
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 0,25 % (90. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,23 - 0,25%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis-ID	56009
Grundgesamtheit	813
Beobachtete Ereignisse	30
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,69%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7,60 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,70 - 4,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,55 - 5,15%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis-ID	56010
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	11,63%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 24,94 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	17,71 - 18,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	4,58 - 23,62%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel
Ergebnis-ID	56011
Grundgesamtheit	439
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,42%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 19,27 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	11,03 - 11,26%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,01 - 5,43%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt
Ergebnis-ID	56014
Grundgesamtheit	63
Beobachtete Ereignisse	62
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,41%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 93,26 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,00 - 93,49%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,82 - 99,83%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen
Ergebnis-ID	56016
Grundgesamtheit	419

Beobachtete Ereignisse	408
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,37%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 93,53 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,99 - 95,16%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,50 - 98,60%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

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

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

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

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2021 von der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

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

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5a SGB V)

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

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

Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org

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

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

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

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

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

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	81
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	57
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	57

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

D Qualitätsmanagement

Die meisten Menschen wünschen sich gesund zu bleiben, wieder gesund zu werden oder Linderung zu erfahren bei nicht heilbaren Beschwerden. Ein Aufenthalt im Krankenhaus ist dafür manchmal unumgänglich.

In allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind die Anforderungen an die Versorgungs- und Ergebnisqualität bereits sehr hoch. Hygiene und Patient:innensicherheit haben in den vergangenen zehn Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das Durchschnittsalter stationärer Patient:innen ist deutlich gestiegen und Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden komplexer. Herausforderungen wie die Zunahme von antibiotikaresistenten Keimen und Pandemien, wie zum Beispiel Corona, stellen das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen.

Bei AGAPLESION ist der Anspruch an Qualität Teil der vorausschauenden Unternehmensplanung. Wir verbinden die zahlreichen Instrumente des Qualitäts- und Risikomanagements und insbesondere der Qualitätssicherung, um die definierte Qualität messbar zu machen. Grundlage der Qualitätspolitik von AGAPLESION ist die Norm DIN EN ISO 9001 ff, die die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem beschreibt. Wir verstehen Qualitätsmanagement als ganzheitlichen Managementansatz, der uns unterstützt darin, die an uns gestellten Erwartungen zu erfüllen, uns kontinuierlich zu verbessern und regelmäßig Risiken und Chancen für unsere Unternehmen zu bewerten.

Dafür ist es wichtig, dass alle Mitarbeiter:innen Zugang zu den geltenden Vorgaben des AGAPLESION Verbundes und der jeweiligen Einrichtung in einem digitalen Qualitätsmanagementhandbuch haben. Für alle Einrichtungen gelten definierte Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse (AGAPLESION Prozesslandkarte). Diese befördern das prozessorientierte Denken und ermöglichen die eindeutige Zuordnung von Dokumenten.

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

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

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



Audits

Audits sind geplante, gezielte und unabhängige Bewertungen, in welchem Maße interne oder externe Qualitätsanforderungen erfüllt sind. Der Erfüllungsgrad und ggf. Abweichungen werden von sog. Auditoren bewertet und dokumentiert.

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

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

Qualitätsmanagementsystems ein und zeigen auf, ob die angewendeten Instrumente und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung beitragen.

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

Risikomanagement

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

Ergänzend dazu können Mitarbeiter:innen seit vielen Jahren in einem anonymen Meldesystem auf Risiken, die sie in ihrem Alltag erleben, aufmerksam machen. Dieses Frühwarnsystem zur systematischen Identifizierung von Risiken ist das Critical Incident Reporting System (CIRS). In diesem Meldesystem werden kritische Ereignisse durch die Mitarbeiter:innen erfasst, bevor sie zu schadhafte Folgen führen. Die anonymen Meldungen der Mitarbeiter:innen werden durch ein Team aufgearbeitet, welches entsprechend des Inhalts der Meldung aus verschiedenen Berufsgruppen besteht. Unter der Leitung des Risikomanagementbeauftragten des Hauses werden die gemeldeten Situationen einer gründlichen Analyse unterzogen. Als Ergebnis werden Lösungsstrategien und Maßnahmen entwickelt, wie das entdeckte Risiko minimiert, vermieden oder in anderer Weise beherrscht werden kann. Abschließend werden die Veränderungen z. B. bei Prozessschritten oder Verantwortlichkeiten, an die betroffenen Mitarbeiter:innen vermittelt und die Umsetzung in die Praxis initiiert und überprüft.

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

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

- Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT
- Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- Einführung von Sicherheitschecklisten zur Vermeidung von Verwechslung und Behandlungsfehlern
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Hygienekonzeption und –standard

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

Zertifizierungen

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



Zertifiziertes Darmkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.



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



DIOcert zertifiziert als Regionales Traumazentrum nach den Richtlinien TraumaNetzwerk DGU®



endoCert zertifiziert als Endoprothetikzentrum



Qualitätssiegel Ausgezeichnet.FÜR KINDER



Zertifizierte Diabeteszentren der Deutschen Diabetes Gesellschaft

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

Meinungsmanagement

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



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

Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter:innen sind der Schlüssel zum Erfolg und Wissensträger:innen vieler innovativer Ideen. Mit dem Ideenmanagement können alle Mitarbeiter:innen ihre guten Ideen und konkreten Vorschläge unkompliziert in der sog. Ideenbörse im Intranet einreichen. Aus diesen Anregungen lassen sich oft 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.

Befragungen

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

- Aufnahme, Diagnose, Behandlung und Entlassung
- Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus
- Kooperation mit den Rettungsdiensten
- Darmkrebs-, Endoprothetik- und Brustzentrum
- Speisenversorgung
- Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal

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

Projektorganisation

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

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was können wir oder andere aus diesem Projekt lernen für weitere Projekte?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Dazu zählen in 2021 unter anderem die Prozess- und Digitalisierungsprojekte:

Prozessoptimierung z. B. OP, Zentrale Notaufnahme und Entlassmanagement, Radiologie

In 2020 startend und in 2021 fortgeführt, wurden Prozess- und Digitalisierungsprojekte in vier verschiedenen Bereichen durchlaufen. Vorangetrieben wurden die Projekte auch durch die AGA-Digitalstrategie. Die Prozesse des OP, der Zentralen Notaufnahme, des Entlassmanagements und der Radiologie wurden mit Hilfe von Datenanalysen sowie Interviews mit am Prozess beteiligten Berufsgruppen erhoben und analysiert. Im Fokus standen die Funktionalität und Effizienz, die Zusammenarbeit und Kommunikation an den Schnittstellen sowie der jeweilige Digitalisierungsgrad. Das Ergebnis des jeweiligen Projektes bilden die durch die Arbeitsgruppe definierten Maßnahmen, deren Umsetzungen den Gesamtprozess optimieren.

Im Entlassmanagement und in der Zentralen Notaufnahme werden nun Schulungen angeboten, um weiteres Wissen zu vermitteln, das im Rahmen der Dokumentation notwendig ist. Dies wirkt sich insbesondere auf die optimale Steuerung der Verweildauer der Patient:innen aus.

Im Bereich des OP zeigte sich, dass weitere Hardware hilft, um die Dokumentationsqualität auf diese Weise zu steigern.

In der Radiologie haben sich aufwändige und fehlerhafte händische Übertragungen vom Radiologie-Informationssystem (RIS) in das Krankenhausinformationssystem (KIS) gezeigt. Diese haben einen maßgeblichen Einfluss auf die korrekte Abrechnung und Dokumentation der erbrachten Leistungen. Durch die Einführung eines neuen vollständig integrierten digitalen RIS wird im Zuge des KHZG eine optimierte Funktionalität angestrebt.