



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	2
A-0 Fachabteilungen	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	4
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	11
A-10 Gesamtfallzahlen	11
A-11 Personal des Krankenhauses	11
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	18
A-13 Besondere apparative Ausstattung	30
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	32
B-[1] Kardiologische Klinik	32
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	32
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	32
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	32
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	33
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	33

B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	33
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	34
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	34
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	34
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	34
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	34
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	35
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	36
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	37
B-[1].11	Personelle Ausstattung	37
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	37
B-[1].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	38
B-[1].11.1	Zusatzweiterbildung	38
B-[1].11.2	Pflegepersonal	38
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	38
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	38
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	39
B-[2]	Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie	39
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	39
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	39
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	39
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	40
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	40
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	40
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	40

B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	40
B-[2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	41
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	41
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	41
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	41
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	42
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	42
B-[2].11	Personelle Ausstattung	42
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	42
B-[2].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	43
B-[2].11.1	Zusatzweiterbildung	43
B-[2].11.2	Pflegepersonal	43
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	43
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	44
B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	44
B-[3]	Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	44
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	44
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	44
B-[3].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	44
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	45
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	45
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	46
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	46
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	46
B-[3].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	46

B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	46
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	47
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	47
B-[3].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	48
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	48
B-[3].11	Personelle Ausstattung	49
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	49
B-[3].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	49
B-[3].11.1	Zusatzweiterbildung	50
B-[3].11.2	Pflegepersonal	50
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	50
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	50
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	50
B-[4]	Medizinische Klinik - Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin	50
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	50
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	51
B-[4].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	51
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	51
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	51
B-[4].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	53
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	53
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	54
B-[4].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	54
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	54
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	54

B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	54
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	55
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	55
B-[4].11	Personelle Ausstattung	55
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	55
B-[4].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	56
B-[4].11.1	Zusatzweiterbildung	56
B-[4].11.2	Pflegepersonal	56
B-[4].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	56
B-[4].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	56
B-[4].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	57
B-[5]	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	57
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	57
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel	57
B-[5].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	57
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	58
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	58
B-[5].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	58
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	58
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	59
B-[5].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	59
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	59
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	59
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	59
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	59

B-[5].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	60
B-[5].11	Personelle Ausstattung	60
B-[5].11.1	Ärzte und Ärztinnen	60
B-[5].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	60
B-[5].11.1	Zusatzweiterbildung	60
B-[5].11.2	Pflegepersonal	60
B-[5].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	60
B-[5].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	61
B-[5].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	61
B-[6]	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie	61
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	61
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel	61
B-[6].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	61
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	62
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	62
B-[6].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	62
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	62
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	62
B-[6].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	62
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	62
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	63
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	63
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	63
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	63
B-[6].11	Personelle Ausstattung	63

B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen	63
B-[6].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	64
B-[6].11.1	Zusatzweiterbildung	64
B-[6].11.2	Pflegepersonal	64
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	64
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	65
B-[6].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	65
B-[7]	Medizinische Klinik	65
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	65
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	65
B-[7].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	66
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	66
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	66
B-[7].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	67
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	68
B-[7].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	68
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	68
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	68
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	69
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	70
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	70
B-[7].11	Personelle Ausstattung	71
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen	71
B-[7].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	71

B-[7].11.1	Zusatzweiterbildung	71
B-[7].11.2	Pflegepersonal	72
B-[7].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	72
B-[7].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	72
B-[7].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	72
B-[8]	Augenklinik	72
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	73
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel	73
B-[8].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	73
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	73
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	73
B-[8].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	75
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	75
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD	75
B-[8].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	75
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	76
B-[8].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	76
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	76
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	79
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	80
B-[8].11	Personelle Ausstattung	80
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen	80
B-[8].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	81
B-[8].11.1	Zusatzweiterbildung	81
B-[8].11.2	Pflegepersonal	81

B-[8].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	81
B-[8].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	81
B-[8].11.3Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	82
B-[9] Chirurgische Klinik	82
B-[9].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	82
B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel	82
B-[9].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	82
B-[9].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	83
B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	83
B-[9].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	84
B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	84
B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD	84
B-[9].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	84
B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	85
B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	85
B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	85
B-[9].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	86
B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	86
B-[9].11 Personelle Ausstattung	87
B-[9].11.1Ärzte und Ärztinnen	87
B-[9].11.1Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	87
B-[9].11.1Zusatzweiterbildung	87
B-[9].11.2Pflegepersonal	88
B-[9].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	88
B-[9].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	88

B-[9].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	88
B-[10]	Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie	88
B-[10].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	89
B-[10].1.1	Fachabteilungsschlüssel	89
B-[10].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	89
B-[10].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	89
B-[10].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	89
B-[10].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	91
B-[10].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	91
B-[10].6	Hauptdiagnosen nach ICD	91
B-[10].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	91
B-[10].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	92
B-[10].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	92
B-[10].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	92
B-[10].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	92
B-[10].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	92
B-[10].11	Personelle Ausstattung	92
B-[10].11	Ärzte und Ärztinnen	93
B-[10].11	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	93
B-[10].11	Zusatzweiterbildung	93
B-[10].11	Pflegepersonal	93
B-[10].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	94
B-[10].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	94
B-[10].11	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	94
B-[11]	Medizinische Klinik - Geriatrie	94

B-[11].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	94
B-[11].1.1	Fachabteilungsschlüssel	94
B-[11].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	94
B-[11].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	95
B-[11].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	95
B-[11].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	96
B-[11].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	96
B-[11].6	Hauptdiagnosen nach ICD	96
B-[11].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	96
B-[11].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	96
B-[11].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	97
B-[11].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	97
B-[11].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	97
B-[11].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	98
B-[11].11	Personelle Ausstattung	98
B-[11].11.1	Ärzte und Ärztinnen	98
B-[11].11.2	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	98
B-[11].11.3	Zusatzweiterbildung	99
B-[11].11.4	Pflegepersonal	99
B-[11].11.5	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	99
B-[11].11.6	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	99
B-[11].11.7	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	99
B-[12]	Mülheimer Frauenklinik - Gynäkologie	100
B-[12].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	100
B-[12].1.1	Fachabteilungsschlüssel	100

B-[12].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	100
B-[12].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	100
B-[12].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	101
B-[12].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	101
B-[12].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	101
B-[12].6	Hauptdiagnosen nach ICD	102
B-[12].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	102
B-[12].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	102
B-[12].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	102
B-[12].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	102
B-[12].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	105
B-[12].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	105
B-[12].11	Personelle Ausstattung	105
B-[12].11	Ärzte und Ärztinnen	105
B-[12].11	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	106
B-[12].11	Zusatzweiterbildung	106
B-[12].11	Pflegepersonal	106
B-[12].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	106
B-[12].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	107
B-[12].11	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	107
B-[13]	Klinik für Unfall-, Wirbelsäulenchirurgie und Orthopädie	107
B-[13].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	107
B-[13].1.1	Fachabteilungsschlüssel	107
B-[13].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	107
B-[13].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	108

B-[13].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	108
B-[13].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	109
B-[13].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	109
B-[13].6	Hauptdiagnosen nach ICD	110
B-[13].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	110
B-[13].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	110
B-[13].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	110
B-[13].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	111
B-[13].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	111
B-[13].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	112
B-[13].11	Personelle Ausstattung	112
B-[13].11.1	Ärzte und Ärztinnen	112
B-[13].11.2	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	112
B-[13].11.3	Zusatzweiterbildung	113
B-[13].11.4	Pflegepersonal	113
B-[13].11.5	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	113
B-[13].11.6	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	113
B-[13].11.7	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	113
B-[14]	Gefäßchirurgische Klinik	113
B-[14].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	114
B-[14].1.1	Fachabteilungsschlüssel	114
B-[14].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	114
B-[14].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	114
B-[14].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	114
B-[14].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	115

B-[14].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	116
B-[14].6	Hauptdiagnosen nach ICD	116
B-[14].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	116
B-[14].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	116
B-[14].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	116
B-[14].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	117
B-[14].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	118
B-[14].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	118
B-[14].11	Personelle Ausstattung	118
B-[14].11.1	Ärzte und Ärztinnen	118
B-[14].11.2	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	119
B-[14].11.3	Zusatzweiterbildung	119
B-[14].11.4	Pflegepersonal	119
B-[14].11.5	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	120
B-[14].11.6	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	120
B-[14].11.7	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	120
B-[15]	Institut Laboratoriumsmedizin + Mikrobiologie	120
B-[15].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	120
B-[15].1.1	Fachabteilungsschlüssel	120
B-[15].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	121
B-[15].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	121
B-[15].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	121
B-[15].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	122
B-[15].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	122
B-[15].6	Hauptdiagnosen nach ICD	122

B-[15].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	122
B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	122
B-[15].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	122
B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	122
B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	122
B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	123
B-[15].11 Personelle Ausstattung	123
B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen	123
B-[15].11.2 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	123
B-[15].11.3 Zusatzweiterbildung	124
B-[15].11.4 Pflegepersonal	124
B-[15].11.5 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	124
B-[15].11.6 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	124
B-[15].11.7 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	124
B-[16] Mülheimer Frauenklinik - Geburtshilfe	124
B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	124
B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel	125
B-[16].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	125
B-[16].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	125
B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	125
B-[16].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	126
B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	126
B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD	126
B-[16].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	126
B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	126

B-[16].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	126
B-[16].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	127
B-[16].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	127
B-[16].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	128
B-[16].11	Personelle Ausstattung	128
B-[16].11	Ärzte und Ärztinnen	128
B-[16].11	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	128
B-[16].11	Zusatzweiterbildung	129
B-[16].11	Pflegepersonal	129
B-[16].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	129
B-[16].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	129
B-[16].11	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	129
C	Qualitätssicherung	129
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	129
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	253
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	254
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	254
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	254
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.256 2 SGB V	256
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	256

Vorwort

Einleitung

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Nils-Benjamin Krog, Geschäftsführer
Telefon:	0208 309 2004
Fax:	0208 309 2006
E-Mail:	nils.krog@evkmh.de

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Lara Schwarzbald, stell. Bereichsleitung Unternehmensqualität
Telefon:	0208 309 2810
Fax:	0208 309 3118
E-Mail:	lara.schwarzbald@ategris.de

Links:

Link zur Homepage des Krankenhauses:	http://www.evkmh.de/
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	http://ategris.de/

Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	darmkrebszentrum-mh.de/	Darmkrebszentrum Mülheim an der Ruhr
2	evkmh.de/zentren/gefasszentrum-muelheim.html	Gefäßzentrum Mülheim
3	gutundgerne-mh.de/index.php?id=757	Gastronomieservice Mülheim
4	www.physalis-ruhr.de/	Gesundheitszentrum Physalis (ambulante Rehabilitation und Physiotherapie)
5	bzmo.de/	Brustkrebszentrum Mülheim-Oberhausen

	URL	BESCHREIBUNG
6	evkmh.de/kliniken/muelheimer-frauenklinik-geburtshilfe.html	babyfreundliche Geburtsklinik
7	evkmh.de/kliniken/klinik-fuer-diagnostische-und-interventionelle-radiologie.html	Radiologisches Zentrum
8	evkmh.de/kliniken/medizinische-klinik-fuer-allgemeine-innere-medizin-und-gastroenterologie/behandlungsschwerpunkte/diabetologie.html	Diabetes Typ 2 Zentrum
9	evkmh.de/zentren/endoprothetikzentrum.html	EndoProthetikZentrum
10	evkmh.de/zentren/pankreaskarzinomzentrum.html	Pankreaskarzinomzentrum

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0300	Kardiologische Klinik
2	Hauptabteilung	3300	Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie
3	Nicht-Bettenführend	3751	Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
4	Hauptabteilung	0500	Medizinische Klinik - Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin
5	Belegabteilung	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
6	Nicht-Bettenführend	3600	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
7	Hauptabteilung	0100	Medizinische Klinik
8	Hauptabteilung	2700	Augenklinik
9	Hauptabteilung	1500	Chirurgische Klinik
10	Hauptabteilung	1900	Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie
11	Hauptabteilung	0200	Medizinische Klinik - Geriatrie
12	Hauptabteilung	2425	Mülheimer Frauenklinik - Gynäkologie
13	Hauptabteilung	1600	Klinik für Unfall-, Wirbelsäulenchirurgie und Orthopädie
14	Hauptabteilung	1800	Gefäßchirurgische Klinik

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
15	Nicht-Bettenführend	3700	Institut Laboratoriumsmedizin + Mikrobiologie
16	Hauptabteilung	2500	Mülheimer Frauenklinik - Geburtshilfe

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
IK-Nummer:	260510746
Standort-Nummer:	0
Krankenhaus-URL:	http://www.evkmh.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
IK-Nummer:	260510746
Standort-Nummer:	0
E-Mail:	
Standort-URL:	http://evkmh.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Nils-Benjamin Krog, Geschäftsführer
Telefon:	0208 309 2004
Fax:	0208 309 2008
E-Mail:	nils.krog@evkmh.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. Heinz-Jochen Gassel, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0208 309 4462
Fax:	0208 309 2405

E-Mail:	heinz-jochen.gassel@evkmh.de
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Roland Ebbing, Leitung Pflegemanagement
Telefon:	0208 309 2330
Fax:	0208 309 2318
E-Mail:	roland.ebbing@evkmh.de

Leitung des Standorts:

Standort:	Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Nils-Benjamin Krog, Geschäftsführer
Telefon:	0208 309 2004
Fax:	0208 309 2008
E-Mail:	nils.krog@evkmh.de

Standort:	Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0208 309 4462
Fax:	0208 309 2405
E-Mail:	heinz-jochen.gassel@evkmh.de

Standort:	Evangelisches Krankenhaus Mülheim an der Ruhr GmbH
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Roland Ebbing, Pflegemanagement
Telefon:	0208 309 2330
Fax:	0208 309 2318
E-Mail:	roland.ebbing@evkmh.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	ATEGRIS Regionalholding GmbH
Träger-Art:	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

1 Universität Düsseldorf

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale
Versorgungsverpflichtung?

Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
2	Basale Stimulation
3	Akupunktur
4	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
5	Aromapflege/-therapie
6	Atemgymnastik/-therapie
7	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
8	Sporttherapie/Bewegungstherapie
9	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
10	Musiktherapie
11	Audiometrie/Hördiagnostik
	<i>Hörtest Neugeborene</i>
12	Säuglingspflegekurse
13	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
14	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
15	Asthmaschulung
16	Wärme- und Kälteanwendungen
17	Wundmanagement

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Mitglied im ambulanten Wundnetzwerk Mülheim</i>
18	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege
19	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
20	Sozialdienst <i>Pflege- und Sozialberatung</i>
21	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>durch Zusammenarbeit mit Sanitätshäusern</i>
22	Sehschule/Orthoptik
23	Stomatherapie/-beratung <i>durch Kooperation</i>
24	Medizinische Fußpflege <i>Externer Anbieter (Unter Berücksichtigung der freien Leistungserbringerwahl)</i>
25	Massage
26	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>Wundmanagement, Kinästhetik, Breast-Care Nurses, Pflegevisiten, Onkologische Beratung, Geriatrie Begleitung, Palliativ Care</i>
27	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Externe Praxis</i>
28	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
29	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern <i>Fortlaufende Angebote über die Elternschule</i>
30	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen <i>u.a. logopädisches Angebot für Dysphagie-Patienten</i>
31	Stillberatung
32	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen <i>u.a. im Rahmen des Gütesiegels "Babyfreundlich"</i>
33	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
34	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
35	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
36	Kinästhetik
37	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung <i>Externes Sanitätshaus</i>
38	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
39	Ergotherapie/Arbeitstherapie

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Externe Praxis</i>
40	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
41	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
	<i>Konzept zur Betreuung liegt vor</i>
42	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
43	Manuelle Lymphdrainage
44	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung <i>Pflege- und Sozialberatung</i>
45	Bewegungsbad/Wassergymnastik
46	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
47	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
48	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
49	Physikalische Therapie/Bädertherapie
50	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
51	Diät- und Ernährungsberatung
52	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
53	Snoozelen
54	Schmerztherapie/-management
55	Eigenblutspende
	<i>In Zusammenarbeit mit dem Ev. Krankenhaus Oberhausen</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Rooming-in
	<i>Zusätzliche Möglichkeit des Familienzimmers</i>
2	Seelsorge
3	Hotelleistungen
	<i>Das Krankenhaus beschäftigt Servicekräfte auf allen Stationen. Service Plus Station (Interdisziplinär)</i>
4	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
5	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen

LEISTUNGSANGEBOT	
6	<p>Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen</p> <p><i>Max. Kosten pro Stunde: 1,5 €</i> <i>Max. Kosten pro Tag: 10 €</i></p> <p><i>Tiefgarage, Tagespreis bei Mindestaufenthalt von 5 Tagen; Storchenparkplatz kostenlos</i></p>
7	Schwimmbad/Bewegungsbad
8	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
9	Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
10	<p>Internetanschluss am Bett/im Zimmer</p> <p><i>Kosten pro Tag: 2,5 €</i></p>
11	<p>Ein-Bett-Zimmer</p> <p><i>b. Bedarf Palliativzimmer</i></p>
12	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
13	<p>Mutter-Kind-Zimmer</p> <p><i>Familienzimmer</i></p>
14	Zwei-Bett-Zimmer
15	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
16	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
17	Andachtsraum
18	<p>Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)</p> <p><i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Muslimische Kost Vegetarische Kost Vegane Kost Jüdische Kost</i></p>
19	Geldautomat
20	<p>Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum</p> <p><i>Bistro und Cafe</i></p>
21	<p>Fernsehgerät am Bett/im Zimmer</p> <p><i>Kosten pro Tag: 0 €</i></p> <p><i>Kopfhörer (Einwegartikel) 1,50 €</i></p>
22	<p>Telefon am Bett</p> <p><i>Kosten pro Tag: 1,5 €</i> <i>Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,6 €</i> <i>Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i></p>

LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Wlan</i>
23	Rundfunkempfang am Bett
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
24	Abschiedsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
2	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
3	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
4	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
5	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin
	<i>Auf Anfrage</i>
6	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung
	<i>Teilweise umgesetzt</i>
7	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
8	Besondere personelle Unterstützung
	<i>Ehrenamtliche Mitarbeiter "Grüne Damen und Herren", §87b Kräfte</i>
9	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
	<i>Teilweise umgesetzt</i>
10	Dolmetscherdienst
	<i>Auf Anfrage</i>
11	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
12	Diätetische Angebote
13	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
14	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
15	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
16	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
	<i>Geriatric Garden</i>
17	Arbeit mit Piktogrammen
18	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE
19	Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
	<i>Personelle Unterstützung liegt vor, jedoch kein Leitsystem</i>
20	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische <i>Schwerlastsäule und OP-Tisch bis 360kg</i>
21	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
22	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
23	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße <i>MRT bis 170 KG; CT bis 227KG; Angiotische bis 200KG; Durchleuchtungstische bis 200KG</i>

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Doktorandenbetreuung <i>Die Betreuung findet in mehreren Kliniken des Hauses statt</i>
2	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten <i>Universität Witten Herdecke Universität Düsseldorf</i>
3	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
4	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien <i>Teilnahme durch mehrere Kliniken des Hauses</i>
5	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien <i>Teilnahme durch mehrere Kliniken des Hauses</i>
6	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
7	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) <i>Famulatur und praktisches Jahr Universität Düsseldorf</i>
8	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten <i>1. Universität Würzburg 2. Universität Essen 3. Universität Heidelberg 4. Universität Tübingen 5. Universität Regensburg</i>

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin
	<i>In Kooperation mit dem Ev. Krankenhaus Oberhausen. Vor Ort: Zentrale Praxisanleitung und Ausbildungsbegleiter</i>
2	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
	<i>In Kooperation mit dem Ev. Krankenhaus Oberhausen. Vor Ort: Zentrale Praxisanleitung und Ausbildungsbegleiter</i>
3	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin
	<i>Vor Ort: Zentrale Praxisanleitung und Ausbildungsbegleiter</i>
4	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
	<i>Vor Ort: Zentrale Praxisanleitung und Ausbildungsbegleiter</i>

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 602

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	19086
Teilstationäre Fallzahl:	121
Ambulante Fallzahl:	61808

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	160,30	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
<i>ohne PJ´ler</i>			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 160,30	Ohne:	0,00
	ohne PJ´ler		

Versorgungsform:	Ambulant: 16,02	Stationär: 144,28
	Nach Hausstandard rotieren die Assistenzärzte der Fachabteilungen in die ambulante Versorgung.	ohne PJ´ler

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	85,52	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 85,52	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 8,56	Stationär: 76,96

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	3
<i>HNO</i>	

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt:	5,23	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,23	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,52	Stationär: 4,71

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt:	5,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,50	Stationär: 4,50

A-11.2 Pflegepersonal

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 273,53

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 273,53 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 27,35 Stationär: 246,18

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 273,53

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 273,53 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 27,35 Stationär: 246,18

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 9,11

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 9,11 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,91 Stationär: 8,20

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 9,11

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 9,11 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,91 Stationär: 8,20

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 1,08

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1,08 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,11 Stationär: 0,97

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 1,08

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1,08 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,11 Stationär: 0,97

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:		28,90		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	28,90	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	2,89	Stationär:	26,01

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:		28,90		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	28,90	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	2,89	Stationär:	26,01

KRANKENPFLEGEHELPER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:		2,08		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,08	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,21	Stationär:	1,87

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:		2,08		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,08	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,21	Stationär:	1,87

PFLEGEHELPER UND PFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:		26,48		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	26,48	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	2,65	Stationär:	23,83

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:		26,48		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	26,48	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	2,65	Stationär:	23,83

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	11,32		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	11,32	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	1,13	Stationär: 10,19

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	11,32		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	11,32	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	1,13	Stationär: 10,19

BELEGENTBINDUNGSPFLEGER UND BELEGHEBAMMEN IN PERSONEN ZUM STICHTAG 31. DEZEMBER DES BERICHTSJAHRES

Anzahl in Personen:	0
----------------------------	---

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	22,43		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	22,43	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	2,24	Stationär: 20,19

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	22,43		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	22,43	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	2,24	Stationär: 20,19

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	43,62		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	43,62	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	4,36	Stationär: 39,26

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	43,62		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	43,62	Ohne: 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 4,36 **Stationär:** 39,26

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

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00

BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Die Physiotherapie des EKM´s wird durch eine Kooperation mit Physalis Rehabilitation und Physiotherapie GmbH durchgeführt.

Durch die Kooperation mit dem Therapiezentrum Ruhr werden die Bereiche Logopädie und Ergotherapie abgedeckt.

DIÄTASSISTENT UND DIÄTASSISTENTIN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00

ERZIEHER UND ERZIEHERIN

Gesamt: 0,96

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,96 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,10	Stationär: 0,86
-------------------------	-----------------------	------------------------

MEDIZINISCH-TECHNISCHER LABORATORIUMSASSISTENT UND MEDIZINISCH-TECHNISCHE LABORATORIUMSASSISTENTIN (MTLA)

Gesamt:	7,19
----------------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7,19	Ohne: 0,00
----------------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,72	Stationär: 6,47
-------------------------	-----------------------	------------------------

MEDIZINISCH-TECHNISCHER RADIOLOGIEASSISTENT UND MEDIZINISCH-TECHNISCHE RADIOLOGIEASSISTENTIN (MTRA)

Gesamt:	16,67
----------------	-------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 16,67	Ohne: 0,00
----------------------------------	-------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 1,67	Stationär: 15,00
-------------------------	-----------------------	-------------------------

OECOTROPHOLOGE UND OECOTROPHOLOGIN (ERNÄHRUNGSWISSENSCHAFTLER UND ERNÄHRUNGSWISSENSCHAFTLERIN)

Gesamt:	1,60
----------------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,60	Ohne: 0,00
----------------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,26	Stationär: 1,34
-------------------------	-----------------------	------------------------

ORTHOPTIST UND ORTHOPTISTIN/ AUGENOPTIKER UND AUGENOPTIKERIN

Gesamt:	1,19
----------------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,19	Ohne: 0,00
----------------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,12	Stationär: 1,07
-------------------------	-----------------------	------------------------

PÄDAGOGE UND PÄDAGOGIN/LEHRER UND LEHRERIN

Gesamt:	1,00
----------------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,00	Ohne: 0,00
----------------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,10	Stationär: 0,90
-------------------------	-----------------------	------------------------

DIPLOM-PSYCHOLOGE UND DIPLOM-PSYCHOLOGIN

Gesamt:	1,71
----------------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,71	Ohne: 0,00
----------------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,17	Stationär: 1,54
------------------	-----------------------	------------------------

SOZIALPÄDAGOGISCHER ASSISTENT UND SOZIALPÄDAGOGISCHE ASSISTENTIN/
KINDERPFLEGER UND KINDERPFLEGERIN

Gesamt:	1,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,00	Ohne: 0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,10	Stationär: 0,90
------------------	-----------------------	------------------------

PERSONAL MIT WEITERBILDUNG ZUM DIABETESBERATER/ ZUR DIABETESBERATERIN

Gesamt:	2,09	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,09	Ohne: 0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,21	Stationär: 1,88
------------------	-----------------------	------------------------

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IM WUNDMANAGEMENT

Gesamt:	1,60	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,60	Ohne: 0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,16	Stationär: 1,44
------------------	-----------------------	------------------------

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Lara Schwarzbald, stell. Bereichsleitung Unternehmensqualität
Telefon:	0208 309 2810
Fax:	0208 309 3118
E-Mail:	lara.schwarzbald@ategris.de

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

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

Ja

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:

Monatliche Treffen der Leitung der Organisationsentwicklung und Unternehmensqualität und der Abteilung für Unternehmens- und Personalentwicklung. Alle 3 Wochen gesondertes Gespräch zwischen Leitung OE und UQ

Tagungsfrequenz des Gremiums:

monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

eigenständige Position für Risikomanagement

Kontakt-daten:

Name/Funktion:

Lara Schwarzbald, stell. Bereichsleitung Unternehmensqualität

Telefon:

0208 309 2810

Fax:

0208 309 3118

E-Mail:

lara.schwarzbald@ategris.de

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:

Die AG besteht aus Vertretern aus verschiedenen Fachbereichen (Administration eingeschlossen). Bei Bedarf treffen sich abteilungsbezogen die Beteiligten zur Prozessbetrachtung. Zusätzlich siehe Qualitätskonferenz A12.1.2

Tagungsfrequenz des Gremiums:

quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: DA`s und VA`s liegen im Dokumentenlenkungssystem vor Letzte Aktualisierung: 26.06.2019</i>
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Notfallplan EKM Letzte Aktualisierung: 01.06.2019</i>
5	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standard "Allgemeine Schmerztherapie" Letzte Aktualisierung: 10.09.2018</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Klinik für Geriatrie Sturzprophylaxe Letzte Aktualisierung: 05.10.2017</i>
7	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dekubitusstandard Letzte Aktualisierung: 05.07.2018</i>
8	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Fixierung Letzte Aktualisierung: 29.01.2015</i>
9	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA zur Kennzeichnung defekter Geräte Letzte Aktualisierung: 26.06.2017</i>
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung Anwendung präoperative Checkliste /WHO-Sicherheitscheckliste OP Letzte Aktualisierung: 24.09.2014</i>
14	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Postoperative Versorgung Letzte Aktualisierung: 05.11.2015</i>
15	Entlassungsmanagement
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Entlassungsstandard Letzte Aktualisierung: 04.12.2014</i>

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

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinternen Fehlermeldesystems

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

Einsatz eines einrichtungswinternen Fehlermeldesystems:

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
1	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: monatlich</i>
2	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: bei Bedarf</i>
3	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 26.06.2019</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	quartalsweise

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

Patientenarmband seit 2012,
WHO-OP Checkliste seit 2007,
Projekt "Keimschranke" verbesserte Händehygiene seit 2017,
Zentrales und patientenorientiertes Beschwerdemanagement seit 2010,
Digitale Patientenakte seit 2014/2015
Teilnahme am übergreifenden Fehlermeldesystem seit 2017
Risikoanalyse seit 2017/2018

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:

Ja

Genutzte Systeme:

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

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:

quartalsweise

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	2 ¹⁾
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	14 ²⁾
Hygienefachkräfte (HFK)	3 ³⁾
Hygienebeauftragte in der Pflege	34 ⁴⁾

- ¹⁾ Dem Krankenhaus stehen zwei Krankenhaushygieniker zur Verfügung
²⁾ Dem Krankenhaus stehen 14 hygienebeauftragte Ärzte zur Verfügung
³⁾ Fr. Kantor (Hygiene- und Gesundheitsmanagerin (Public Health) 2 HFK
⁴⁾ In jedem Fachbereich

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Tagungsfrequenz der Hygienekommission: halbjährlich und bei Bedarf

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Gabriele Kantor, Hygienemanagement
Telefon:	0208 309 4304
Fax:	0208 309 2253
E-Mail:	gabriele.kantor@evkmh.de

Vorsitzende/r der Hygienekommission sind Frau G. Kantor und Herr Dr. med. Rieger

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl:	Ja
----------	----

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

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

Auswahl: Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	Ja

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

Auswahl: Ja

Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja

	OPTION	AUSWAHL
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	41
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	162

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

	OPTION	AUSWAHL
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja

	OPTION	AUSWAHL
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
2	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Zertifikat Gold</i>
3	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: 2017-2019 MRE- Zertifika 2. Platz NRW Gesundheitspreis 2. Platz MSD Gesundheitspreis SOP und Standards sind im Handbuch der Klinik hinterlegt.</i>
4	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen <i>Individuell in den Bereichen und verpflichtende Online-Schulung für alle Mitarbeiter</i>
5	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen

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

<input checked="" type="checkbox"/>	CDAD-KISS
<input type="checkbox"/>	AMBU-KISS
<input checked="" type="checkbox"/>	HAND-KISS

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung). <i>Seit Januar 2011 wird ein strukturiertes Beschwerdemanagementkonzept in allen Fachabteilungen und Stationen umgesetzt.</i>	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden. <i>Im Beschwerdefall suchen die Beschwerdebeauftragte als auch alle Mitarbeiter den persönlichen Kontakt mit dem Beschwerdeführer und dokumentieren dies in ein Software</i>	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. <i>Die Beschwerdebeauftragte nimmt alle schriftlichen Beschwerden entgegen. Es gibt verbindliche Reaktionszeiten.</i>	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert. <i>Gemäß Konzept: Die Beschwerdebeauftragte kontaktiert den Beschwerdeführer nach spätestens 48 Stunden, gibt einen Bearbeitungszwischenstand nach 14 Tagen, und benachrichtigt nochmals den Beschwerdeführer nach Abschluß der Beschwerde.</i>	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>Die Beschwerdebeauftragte ist benannt, eine Stellenbeschreibung liegt vor.</i>	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>Der Patientenfürsprecher agiert selbständig und in Zusammenarbeit mit der Beschwerdebeauftragten.</i>	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden <i>Die Anonymität ist in allen Kontaktbereichen möglich (Homepage, Brief, Telefonat) Tel. 0208 309 2814</i>	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Sukran Jansen, Beschwerdebeauftragte
Telefon:	0208 309 2814
Fax:	0208 309 3114
E-Mail:	Sukran.Jansen@evkmh.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Peter Vahsen, Patientenfürsprecher
Telefon:	0208 35193
Fax:	
E-Mail:	peter.vahsen@gmx.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums:	Arzneimittelkommission
-------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – eigenständige Position AMTS
---	----------------------------------

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Hanna Pawlak, Leitende Apothekerin
Telefon:	0208 309 2260
Fax:	
E-Mail:	hanna.pawlak@evkmh.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	3
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	7

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
2	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatenname), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
3	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
4	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
5	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
6	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln:

- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
- Sonstiges

Zu AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln:

- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
- Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
- Sonstiges: HBS-Bestellsystem, Zenzy, Zusatzmodule für die Chargenerfassung und Plausibilitätsprüfung

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein
2	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten. <i>zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion, in Kooperation</i>	
3	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
	<i>Gerät für Radiofrequenztherapie im Rahmen der Varizenbehandlung</i>		
4	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja
5	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
	<i>Elektrophysiologie; Interventionelle Radiologie (Radiofrequenz., Mikrowelle)</i>		
6	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja
7	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Blasendruckmessung	
8	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen <i>128-Zeilen Computertomograph</i>	Ja
9	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	
10	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinerstörung	
11	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja
12	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder <i>1,5 Tesla MR Tomograph (neues Gerät)</i>	Ja
13	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
	<i>Stanzgeräte der Firma Braun</i>		
14	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
15	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
	<i>4 Angiographieanlagen (1 DSA Anlage in der Radiologie, 1 DSA Anlage (neues Gerät) in der operativen Angio Suite, 1 Durchleuchtungsanlage in der Radiologie, 1 Herzkatheteranlage), Generator für intravasale Lithotripsie (IVL)</i>		
16	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Kardiologische Klinik

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Kardiologische Klinik
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	http://kardiologie.evkmh.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0300) Kardiologie

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Feraydoon Niroomand, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2674
Fax:	0208 309 2678
E-Mail:	feraydoon.niroomand@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	http://kardiologie.evkmh.de

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Schrittmachereingriffe
2	Defibrillatoreingriffe
3	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
4	Intensivmedizin
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
6	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen <i>percutaner Vorhofverschluß</i>
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
8	Spezialsprechstunde
9	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
11	Transfusionsmedizin
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit <i>CT-Angiographie der Herzkranzarterien</i>
13	Elektrophysiologie
14	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit <i>Ausgenommen externer Erhebung</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	3319
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	397
2	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	364
3	I50	Herzinsuffizienz	317
4	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	286
5	I21	Akuter Myokardinfarkt	214
6	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	194
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	173
8	R55	Synkope und Kollaps	114
9	I20	Angina pectoris	91
10	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen	80

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	1328
2	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1185
3	1-710	Ganzkörperplethysmographie	865
4	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	732
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	731

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	713
7	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	473
8	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	396
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	334
10	3-200	Native Computertomographie des Schädels	304

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	KONSILIARISCHE BERATUNG
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	<i>Konsiliarische Beratung auf Überweisung von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie</i>
2	SCHRITTMACHER- SPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VC06 - Defibrillatoreingriffe
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI34 - Elektrophysiologie
	VC05 - Schrittmachereingriffe
3	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VC06 - Defibrillatoreingriffe
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	VC05 - Schrittmachereingriffe
	<i>Die Zentralambulanz steht allen Patienten jederzeit zur Verfügung</i>

4	CRT-SPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
5	SCHRITTMACHER SPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC06 - Defibrillatoreingriffe
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI34 - Elektrophysiologie
	VC05 - Schrittmachereingriffe
6	RHYTHMUSSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
7	CRT SPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
8	PRÄ- UND POSTOPERATIVE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Durchführung von prä- und postoperativen Leistungen</i>

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	348
2	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	279
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	31
4	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	16

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	3-603	Arteriographie der thorakalen Gefäße	7
6	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	6
7	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	4
8	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	4
9	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	< 4
10	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	< 4

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	22,34	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 22,34	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 2,23	Stationär:	20,11
		Fälle je Anzahl:	165,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:		10,80	
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	10,80	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	1,08	Stationär: 9,72
			Fälle je Anzahl: 341,5

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und Kardiologie
3	Innere Medizin und Pneumologie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
3	Notfallmedizin

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Intensiv- und Anästhesiepflege

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

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[2] Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	http://radioonkologie.evkmh.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3300) Strahlenheilkunde

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärztin:

Name/Funktion:	Dr. med. Thomas Olschewski, Chefarzt
Telefon:	0208 309 4751
Fax:	0208 309 2780
E-Mail:	thomas.olschewski@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr

URL:

<http://radioonkologie.evkmh.de>

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

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Oberflächenstrahlentherapie
2	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
3	Hochvoltstrahlentherapie <i>Linearbeschleuniger; Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT). Bildgeführte Radiotherapie (IGRT) mit internen Markern</i>
4	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie <i>exklusive Brachytherapie</i>
5	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie <i>exklusive Brachytherapie</i>

B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit <i>Ausgenommen externer Erhebung</i>

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

Vollstationäre Fallzahl: 135

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	21
2	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	14
3	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	10
4	C21	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals	10
5	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	7
6	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	6
7	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	6
8	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	6
9	C04	Bösartige Neubildung des Mundbodens	5
10	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	5

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-522	Hochvoltstrahlentherapie	716
2	8-527	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	71
3	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	70
4	8-528	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	59
5	8-529	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	33
6	3-20x	Andere native Computertomographie	31
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	24
8	3-200	Native Computertomographie des Schädels	20
9	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	19
10	5-609	Andere Operationen an der Prostata	14

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	STRAHLENTHERAPIE
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
	LEISTUNGEN:
	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
2	SPRECHSTUNDE STRAHLTHERAPIE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VR37 - Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
	VR36 - Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
	VR32 - Hochvoltstrahlentherapie
	VR35 - Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
3	ASV BEI GI-TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
	<i>Kernteam</i>

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)				
Gesamt:		2,29	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,29	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,23	Stationär:	2,06
			Fälle je Anzahl:	65,5
- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:		1,61		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,61	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,16	Stationär:	1,45
			Fälle je Anzahl:	93,1

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Strahlentherapie
2	Radiologie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

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

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

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[3] Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	http://radiologie.evkmh.de

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3751) Radiologie

B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Claus Nolte-Ernsting, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2701
Fax:	0208 309 2725
E-Mail:	claus.nolte-ernsting@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	http://radiologie.evkmh.de

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

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

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Interventionelle Radiologie <i>Angiographisch und CT-gesteuert. U.a. - Ballonangioplastie (auch DCB), Stent - endovaskuläre Lithotripsie, Katheteratherektomie u.a. OCT-gesteuert - Thrombektomie, Lyse - TIPS - sämtliche Embolisationsverfahren, auch TACE, Endoleak-Embolisation Pfortaderembolisation, SIRT</i>
2	Teleradiologie <i>Nur im Rufbereitschaftsdienst, im Rahmen der CT-Diagnostik, das Partnerkrankenhaus EKO. wird mitbetreut</i>
3	Eindimensionale Dopplersonographie
4	Tumorembolisation <i>- Thermoablation mittels Radiofrequenz und/oder Mikrowellen zur Tumorzerstörung durch Hitze in Leber, Lunge, Niere, Nebenniere und Skelettsystem - Transarterielle Chemoembolisation (TACE) - Selektive interne Radiotherapie der Leber (Radioembolisation; SIRT)</i>
5	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren <i>unter anderem Kardio-MRT, MR Mammographie, MR Angiographie, MR Urographie</i>
6	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
7	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
8	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>Leberspezifisches MR-Kontrastmittel</i>
9	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
10	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
11	Quantitative Bestimmung von Parametern
12	Intraoperative Anwendung der Verfahren
13	Konventionelle Röntgenaufnahmen
14	Szintigraphie <i>In Kooperation mit nuklearmedizinischer Praxis</i>
15	Phlebographie
16	Arteriographie
17	Computertomographie (CT), Spezialverfahren <i>unter anderem Kardio-CT, CT-Urographie, , Clip-/Drahtmarkierung, Perfusionsbildgebung</i>
18	Computertomographie (CT), nativ
19	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
20	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) <i>Mammographisch gesteuerte Drahtmarkierungen</i>
21	Native Sonographie
22	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung <i>Zusätzliche Spezial-Verfahren: Videofluoroskopie; Myelographie, Diskographie, Defäkographie, Fisteldarstellung</i>

B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit <i>Ausgenommen externer Erhebung</i>

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	SPRECHSTUNDE ZUR RADIOLOGISCHEN DIAGNOSTIK UND THERAPIE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VR15 - Arteriographie
	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
	VR41 - Interventionelle Radiologie
	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
	VR02 - Native Sonographie
	VR16 - Phlebographie
	VR20 - Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
2	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VR15 - Arteriographie
	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
	VR41 - Interventionelle Radiologie
	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
	VR02 - Native Sonographie
	VR16 - Phlebographie
	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)

2	ZENTRALAMBULANZ
	<i>Die Zentralambulanz steht jederzeit allen Patienten zur Verfügung</i>
3	SPRECHSTUNDE ZUR RADIOLOGISCHEN DIAGNOSTIK UND THERAPIE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VR15 - Arteriographie
	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
	VR16 - Phlebographie
	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
4	ASV BEI GI-TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
	<i>Hinzuzuziehende Fachärzte</i>
5	PRÄ UND POSTOPERATIVE DIAGNOSTIK UND THERAPIE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
6	DIAGNOSTISCHE RÖNTGEN UND KATHETEREINGRIFFE UND THERAPEUTISCHE EINGRIFFE MITTELS RÖNTGENKATHETER
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
7	RÖNTGENDIAGNOSTIK, PHLEBOGRAPHIE UND ANGIOGRAPHIE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-200	Native Computertomographie des Schädels	1049
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	356
3	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	283
4	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	241
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	240
6	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	230
7	3-206	Native Computertomographie des Beckens	156
8	3-994	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	134
9	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	128
10	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	117

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	9,64	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 9,64	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,96	Stationär:	8,68
		Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	5,27		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,27	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,53	Stationär:	4,74
		Fälle je Anzahl:	0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Radiologie
2	Öffentliches Gesundheitswesen

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[3].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[4] Medizinische Klinik - Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin

B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik - Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	http://onkologie.evkmh.de

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0500) Hämatologie und internistische Onkologie

B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Priv.-Doz. Dr. med. Jan Schröder, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2669
Fax:	0208 309 2628
E-Mail:	Jan.Schroeder@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	http://onkologie.evkmh.de

B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
2	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
4	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
5	Endosonographie
6	Palliativmedizin <i>Palliativstation mit 5 Behandlungszimmern und geschulten palliativmedizinischen Team (Psychoonkologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberatung, Logopädie, Krankenhausseelsorge, Pflegekräfte, Palliativmediziner, Schmerztherapeuten, ambulanter Palliativpflegedienst, PDL des Hospiz)</i>
7	Prostatazentrum
8	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
9	Spezialsprechstunde <i>Onkologische Sprechstunde</i>
10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
11	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
12	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
13	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
14	Transfusionsmedizin
15	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
16	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
17	Sonographie mit Kontrastmittel
18	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
19	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
20	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
21	Schmerztherapie
22	Duplexsonographie
23	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
24	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
25	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
26	Dialyse
27	Schmerztherapie
28	Onkologische Tagesklinik

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

In Kooperation mit der Onkologischen Praxis PD Dr. Jan Schröder

29	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
30	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
31	Native Sonographie
32	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
33	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
34	Eindimensionale Dopplersonographie
35	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
36	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
37	Interdisziplinäre Tumornachsorge
38	Intensivmedizin
39	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
	<i>Bei Karzinomen / Maligne Erkrankungen</i>
40	Schmerztherapie
41	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
42	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
43	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
44	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
45	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
46	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
47	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
48	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
49	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
50	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
51	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
52	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT

1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit
	<i>Ausgenommen externer Erhebung</i>

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1215
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	173
2	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	59
3	C83	Nicht follikuläres Lymphom	38
4	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	35
5	C16	Bösartige Neubildung des Magens	33
6	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen	33
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	29
8	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	28
9	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	25
10	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	23

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	372
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	364
3	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	324
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	300
5	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	276
6	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	259
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	259
8	3-200	Native Computertomographie des Schädels	230
9	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	225
10	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	145

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	<i>Diagnostik und Therapie von hämato-onkologischen Erkrankungen und Palliativmedizin und Schmerztherapie bei onkologischen Patienten . Zweitmeinungssprechstunde und interdisziplinäre Tumorsprechstunde</i>
2	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	<i>Die Zentralambulanz steht allen Patienten jederzeit zur Verfügung.</i>
3	PRÄ- UND POSTOPERATIVE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Durchführung prä- und postoperativer Leistungen</i>
4	RICHTLINIE ÜBER DIE AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG NACH § 116B SGB V
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V

B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	5,29	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,29	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,53	Stationär:	4,76
		Fälle je Anzahl:	255,3

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:		3,38	
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	3,38	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,34	Stationär: 3,04
			Fälle je Anzahl: 399,7

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Palliativmedizin
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[4].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Hygienebeauftragte in der Pflege
2	Praxisanleitung
3	Pflege in der Onkologie

B-[4].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Palliative Care

B-[4].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[5] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	http://www.hno-facharztzentrum.de

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2600) Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. Gregor Lindemann Dr. Daniel Manz, Belegarzt
Telefon:	0208 472286
Fax:	0208 229742
E-Mail:	info@hno-facharztzentrum.de

Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	http://www.hno-facharztzentrum.de

B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
2	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
4	Schwindeldiagnostik/-therapie
5	Schnarchoperationen
6	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
7	Interdisziplinäre Tumornachsorge
8	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
9	Spezialsprechstunde
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
11	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
12	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
13	Diagnostik und Therapie von Allergien
14	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege

B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit
	<i>Ausgenommen externer Erhebung</i>

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

Vollstationäre Fallzahl:	89
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	53
2	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	31
3	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
4	J32	Chronische Sinusitis	< 4
5	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	< 4

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-281	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)	42
2	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]	32
3	5-214	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums	28
4	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	10
5	5-222	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle	6
6	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx	5
7	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	5
8	5-200	Parazentese [Myringotomie]	5
9	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	< 4
10	1-610	Diagnostische Laryngoskopie	< 4

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	3
Fälle je Anzahl:	29,7

3 Personen

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Plastische Operationen

B-[5].11.2 Pflegepersonal

B-[5].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[5].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[5].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[6] Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	http://anaesthesie.evkmh.de

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3600) Intensivmedizin

B-[6].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Eva Kottenberg, Chefärztin
Telefon:	0208 309 2451
Fax:	0208 309 2458
E-Mail:	Eva.Kottenberg@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30

PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	http://anaesthesie.evkmh.de

B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Intensivmedizin
2	Palliativmedizin
3	Schmerztherapie
4	Notfallmedizin
5	Anästhesiologie

B-[6].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit <i>Ausgenommen externer Erhebung</i>

B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz

B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	23,34	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 23,34	Ohne:	0,00
	Ambulant: 2,33	Stationär:	21,01
Versorgungsform:		Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	11,55	
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 11,55	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,15	Stationär: 10,40
		Fälle je Anzahl: 0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Palliativmedizin
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
3	Intensivmedizin
4	Notfallmedizin
5	Spezielle Schmerztherapie

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[6].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Intensiv- und Anästhesiepflege
3	Praxisanleitung
4	Pflege im Operationsdienst

B-[6].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
3	Atmungstherapie

B-[6].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[7] Medizinische Klinik

B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	http://innere.evkmh.de

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0100) Innere Medizin

B-[7].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Philip Hilgard, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2601
Fax:	0208 309 2628
E-Mail:	Philip.Hilgard@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	http://innere.evkmh.de

B-[7].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
2	Schlaganfallschwerpunktstation mit 24 Stunden Lyse-Bereitschaft <i>Stoke Unit</i>
3	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
4	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
5	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
6	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
7	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
8	Diagnostik und Therapie von Allergien

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
9	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
10	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
11	Stroke Unit
12	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
13	Native Sonographie
14	Schulungszentrum Typ 1 und 2 Diabetes mellitus
15	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
16	Intensivmedizin
17	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
18	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
19	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
20	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
21	Minimalinvasive endoskopische Operationen
22	Endoskopie
23	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
24	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
25	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
26	Transfusionsmedizin
27	Eindimensionale Dopplersonographie
28	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
29	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
30	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
31	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
32	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
33	Endosonographie
34	Sonographie mit Kontrastmittel
35	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
36	Duplexsonographie

B-[7].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit
	<i>Ausgenommen externer Erhebung</i>

B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	2201
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K29	Gastritis und Duodenitis	158
2	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	131
3	K57	Divertikulose des Darmes	99
4	K80	Cholelithiasis	64
5	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	62
6	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	61
7	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	59
8	K85	Akute Pankreatitis	57
9	D50	Eisenmangelanämie	55
10	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	49

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1190
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	779
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	722
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	612
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	464
6	3-200	Native Computertomographie des Schädels	293

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	258
8	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	244
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	239
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	232

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ZENTALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
	VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
	VR04 - Duplexsonographie
	VI35 - Endoskopie
	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
	VR02 - Native Sonographie
	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
	<i>Die Zentralambulanz steht allen Patienten jederzeit zur Verfügung</i>
2	ENDOSONOGRAPHIE- SPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:

2	ENDOSONOGRAPHIE- SPRECHSTUNDE
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	<i>Endosonographie, Mitbehandlung bei viralen und immunologischen Lebererkrankungen</i>
3	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
4	CHRONISCH-ENDZÜNDLICHE-DARMERKRANKUNGEN
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
5	ASV BEI GI-TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
	<i>Kernteam</i>
6	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	66
2	8-900	Intravenöse Anästhesie	53
3	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	22
4	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	9
5	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	8
6	5-469	Andere Operationen am Darm	6
7	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	4
8	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	4
9	3-054	Endosonographie des Duodenum	< 4
10	3-055	Endosonographie der Gallenwege	< 4

B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	18,52	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 18,52	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,85	Stationär:	16,67
		Fälle je Anzahl:	132,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	5,47		
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 5,47	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,55	Stationär:	4,92
		Fälle je Anzahl:	447,4

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und Gastroenterologie
3	Anästhesiologie
4	Allgemeinmedizin

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Diabetologie
2	Notfallmedizin
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
4	Intensivmedizin

B-[7].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[7].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches

B-[7].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Diabetes
	<i>z. B. Diabetesberatung</i>
2	Wundmanagement
	<i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
3	Geriatric
	<i>z. B. Zercur</i>

B-[7].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[8] Augenlinik

B-[8].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Augenklinik
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	http://augenlinik-mh.de

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2700) Augenheilkunde

B-[8].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Barbara Schmidt, Chefärztin
Telefon:	0208 309 2940
Fax:	0208 309 2969
E-Mail:	info@augenlinik-mh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	http://augenlinik-mh.de

B-[8].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Interdisziplinäre Tumornachsorge
2	Elektrophysiologie
3	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
4	Neugeborenencreening <i>Augenärztliche Untersuchung bei Frühgeborenen zum Ausschluß einer Retinopathia prämaturoorum</i>
5	Optische laserbasierte Verfahren <i>IOL-Master, OCT, Optos, HRT</i>
6	Spezialsprechstunde
7	Wundheilungsstörungen
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
9	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
11	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
12	Notfallmedizin
13	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
15	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
17	Sonstiges <i>Diagnostik und Therapie des Low-Tension-Glaukoms</i>
18	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
19	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
20	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
21	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
22	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
23	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
24	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
25	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
26	Plastische Chirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
27	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
	<i>Diagnostik und Therapie des Low-Tension-Glaukom;</i>
28	Anpassung von Sehhilfen
29	Ophthalmologische Rehabilitation
30	Diagnostikzentrum Elektrophysiologie
	<i>mfERG, Ganzfeld-ERG, EOG</i>
31	Laserchirurgie des Auges
	<i>Argon-, Farbstoff-Laser, Krypton-, SLT-, PDT-Laser</i>
32	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
33	Spezialsprechstunde
	<i>Plastische Chirurgie der Adnexe, Makulasprechstunde, Netzhautsprechstunde, Kataraktsprechstunde, Glaukom- und Hornhautsprechstunde, Sehschule</i>

B-[8].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit
	<i>Ausgenommen externer Erhebung</i>

B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	2574
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	H25	Cataracta senilis	627
2	H40	Glaukom	455
3	H02	Sonstige Affektionen des Augenlides	267
4	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	245
5	H04	Affektionen des Tränenapparates	103
6	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	96
7	H34	Netzhautgefäßverschluss	87
8	H47	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn	76

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	H16	Keratitis	64
10	H50	Sonstiger Strabismus	48

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-984	Mikrochirurgische Technik	1639
2	8-900	Intravenöse Anästhesie	1318
3	5-144	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]	700
4	3-300	Optische Kohärenztomographie [OCT]	586
5	1-220	Messung des Augeninnendruckes	390
6	5-158	Pars-plana-Vitrektomie	374
7	5-097	Blepharoplastik	323
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	277
9	5-985	Lasertechnik	243
10	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	202

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VA00 - Stationersetzende Eingriffe
	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen

1	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
	VA18 - Laserchirurgie des Auges
	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
	VA15 - Plastische Chirurgie
2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
	<i>Behandlung frühkindlicher Sehstörungen, Behandlung kindlicher Sehschwäche, Behandlung der Schiefen, Behandlung von Augenmuskelerkrankungen und -lähmungen.</i>
3	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
	VA15 - Plastische Chirurgie
	<i>Die Zentralambulanz steht allen Patienten jederzeit zur Verfügung.</i>
4	SPEZIALSPRECHSTUNDE: ERKRANKUNGEN DES GLASKÖRPERS, DER NETZHAUT UND DER ADERHAUT
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VA00 - Intravitreale Injektionen, ambulante Netzhautoperationen

4	SPEZIALSPRECHSTUNDE: ERKRANKUNGEN DES GLASKÖRPERS, DER NETZHAUT UND DER ADERHAUT
	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	VA18 - Laserchirurgie des Auges
	VA17 - Spezialsprechstunde
	<i>Kontrolle und Behandlung von Netzhautveränderungen aufgrund eines Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) oder anderer Ursachen; Veränderungen an der Netzhautmitte mit Seheinschränkungen; Sehstörungen durch neurologische Grunderkrankungen.</i>
5	AMBULANZ: ERKRANKUNGEN DER VORDEREN AUGENABSCHNITTE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VA00 -
	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
	VA03 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
	VA02 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	VA16 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
	VA01 - Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
	VA18 - Laserchirurgie des Auges
	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
	VA15 - Plastische Chirurgie
	<i>Sprechstunde für Katarakt-Patienten, Hornhauterkrankungen, Glaukom, Lid- und Tränenwegserkrankungen</i>
6	SEHSCHULE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VA13 - Anpassung von Sehhilfen
	VA10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	VA14 - Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
	<i>Behandlung frühkindlicher Sehstörungen, Behandlung kindlicher Sehschwäche, Behandlung der Schiefen, Behandlung von Augenmuskelerkrankungen und -lähmung</i>

7	AMBULANZ REFRAKTIVE CHIRURGIE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VA05 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
	VA04 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	VA12 - Ophthalmologische Rehabilitation
	<i>Sprechstunde für Katarakt-Patienten, Hornhauterkrankungen, Glaukom, Lid- und Tränenwegserkrankungen, einschl. Eingriffe der refraktiven Chirurgie z.B. Lasik</i>
8	SPEZIALSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VA07 - Diagnostik und Therapie des Glaukoms
	VA06 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
	VA08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
	VA09 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
	VA11 - Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
	<i>Kontrolle und Behandlung von Netzhautveränderungen aufgrund eines Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) oder anderer Ursachen; Veränderungen an der Netzhautmitte mit Seheinschränkungen; Sehstörungen durch neurologische Grunderkrankungen</i>
9	IVOM-SPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<i>Behandlung der feuchten altersabhängigen Maculardegeneration</i>
10	HINTERER AUGENABSCHNITT
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
11	HORNHAUTERKRANKUNGEN
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-155	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea	780
2	8-900	Intravenöse Anästhesie	313
3	5-091	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	279
4	5-093	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium	210

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	5-142	Kapsulotomie der Linse	196
6	5-154	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut	136
7	5-097	Blepharoplastik	48
8	5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	38
9	5-092	Operationen an Kanthus und Epikanthus	38
10	5-984	Mikrochirurgische Technik	30

B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	18,72	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 18,72	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,87	Stationär:	16,85
		Fälle je Anzahl:	152,8

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:		7,63	
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	7,63	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,76	Stationär: 6,87
			Fälle je Anzahl: 374,7

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Anästhesiologie
2	Augenheilkunde

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Intensivmedizin
3	Notfallmedizin
4	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[8].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[8].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege im Operationsdienst
3	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
4	Praxisanleitung

B-[8].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Geriatric
	<i>z. B. Zercur</i>

B-[8].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[9] Chirurgische Klinik

B-[9].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Chirurgische Klinik
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	http://chirurgie.evkmh.de

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[9].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2401
Fax:	0208 309 2405
E-Mail:	Heinz-Jochen.Gassel@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	http://chirurgie.evkmh.de

B-[9].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
2	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
3	Minimalinvasive endoskopische Operationen
4	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
5	Speiseröhrenchirurgie
6	Notfallmedizin
7	Lungenchirurgie
8	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
10	Native Sonographie
11	Spezialsprechstunde
12	Chirurgische Intensivmedizin
13	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
14	Mediastinoskopie
15	Tumorchirurgie
16	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
17	Operationen wegen Thoraxtrauma
18	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
19	Portimplantation
20	Nierenchirurgie
21	Endokrine Chirurgie
22	Magen-Darm-Chirurgie
23	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
24	Endosonographie
25	Eindimensionale Dopplersonographie
26	Thorakoskopische Eingriffe
27	Duplexsonographie

B-[9].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit
	<i>Ausgenommen externer Erhebung</i>

B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1961
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N20	Nieren- und Ureterstein	186
2	K40	Hernia inguinalis	185
3	K80	Cholelithiasis	144
4	K35	Akute Appendizitis	117
5	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	90
6	K57	Divertikulose des Darmes	64
7	K43	Hernia ventralis	63
8	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	59
9	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	54

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	50

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	475
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	422
3	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	340
4	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	304
5	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	223
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	208
7	5-511	Cholezystektomie	197
8	3-13d	Urographie	193
9	8-132	Manipulationen an der Harnblase	181
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	176

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC21 - Endokrine Chirurgie
	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
	VC24 - Tumorchirurgie
2	KOLOPROKTOLOGISCHE SPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VC58 - Spezialsprechstunde

3	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VC20 - Nierenchirurgie
	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
	VC24 - Tumorchirurgie
	<i>Die Notfallambulanz steht jedem Patienten 24h zur Verfügung</i>
4	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
5	ASV BEI GI-TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
	<i>Kernteam</i>

B-[9].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	113
2	1-650	Diagnostische Koloskopie	52
3	5-841	Operationen an Bändern der Hand	42
4	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	39
5	5-212	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase	37
6	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	35
7	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	35
8	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	30
9	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	21
10	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	20

B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	13,44	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 13,44	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,34	Stationär:	12,10
		Fälle je Anzahl:	162,1

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	8,75		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 8,75	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,88	Stationär:	7,87
		Fälle je Anzahl:	249,2

B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Viszeralchirurgie
2	Allgemeinchirurgie
3	Urologie

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Notfallmedizin
2	Proktologie
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[9].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[9].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Bachelor
3	Leitung einer Station / eines Bereiches
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Pflege in der Onkologie
6	Praxisanleitung

B-[9].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Wundmanagement
	<i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
2	Breast Care Nurse

B-[9].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[10] Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie

B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	http://plastischechirurgie.evkmh.de

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1900) Plastische Chirurgie

B-[10].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Christian Soimaru, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2490
Fax:	0208 309 2493
E-Mail:	Christian.Soimaru@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	http://plastischechirurgie.evkmh.de

B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe <i>Für mikrochirurgische und rekonstruktive Operationsverfahren steht ein OP Mikroskop zur Verfügung.</i>
2	Bandrekonstruktionen/Plastiken
3	Chirurgie der Bewegungsstörungen
4	Spezialsprechstunde
5	Arthroskopische Operationen
6	Metall-/Fremdkörperentfernungen
7	Septische Knochenchirurgie
8	Verbrennungschirurgie
9	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
10	Handchirurgie
11	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie <i>Gesicht: Ober- und Unterliedstraffung; Augenbrauenanhebung BrustBauchwandExtremitätenFaltenbehandlung</i>
12	Amputationschirurgie
13	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
16	Rheumachirurgie
17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
18	Wundheilungsstörungen
19	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
20	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
21	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
22	Adipositaschirurgie
23	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
24	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand <i>Zur Diagnostik von handchirurgischen Fragestellungen steht ein Mini C Bogen zur Verfügung.</i>
25	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
26	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
27	Dermatochirurgie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
28	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
29	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
30	Ästhetische Dermatologie
31	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
32	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
33	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
34	Plastische Chirurgie
35	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
36	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
37	Chirurgie der peripheren Nerven
38	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
39	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
40	Mammachirurgie
41	Tumorchirurgie

B-[10].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit
	<i>Ausgenommen externer Erhebung</i>

B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	681
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C44	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut	92
2	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	67
3	M65	Synovitis und Tenosynovitis	42
4	S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	38
5	M72	Fibromatosen	36

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	36
7	L03	Phlegmone	27
8	S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand	25
9	M18	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]	24
10	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	24

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	397
2	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	381
3	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	361
4	5-916	Temporäre Weichteildeckung	233
5	5-849	Andere Operationen an der Hand	162
6	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	154
7	5-845	Synovialektomie an der Hand	125
8	5-844	Operation an Gelenken der Hand	119
9	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	103
10	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	90

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE AMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
2	PLASTISCHE- UND HANDCHIRRURGIE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

VAV - Verfahren Hand

B-[10].11 Personelle Ausstattung

B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	5,77	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,77	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,58	Stationär:	5,19
		Fälle je Anzahl:	131,2

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	3,96		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,96	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,40	Stationär:	3,56
		Fälle je Anzahl:	191,3

B-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Plastische und Ästhetische Chirurgie
2	Orthopädie und Unfallchirurgie
3	Allgemeinchirurgie

B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Handchirurgie
2	Notfallmedizin
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[10].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[10].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[10].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[10].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[11] Medizinische Klinik - Geriatrie

B-[11].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Medizinische Klinik - Geriatrie
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	http://geriatrie.evkmh.de

B-[11].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0200) Geriatrie

B-[11].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Christian Triebel, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2666
Fax:	0208 309 2628
E-Mail:	Christian.triebel@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	http://geriatrie.evkmh.de

B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
2	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
4	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
5	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
6	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
7	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
8	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
9	Schmerztherapie
10	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
11	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
12	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
13	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
14	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen <i>bezogen auf die Geriatrie</i>
15	Schlaganfallschwerpunktstation mit 24 Stunden Lyse-Bereitschaft <i>Stroke Unit</i>
16	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen <i>Geriatrische Tagesklinik als teilstationäre Leistung vorhanden</i>
17	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
18	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden

B-[11].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit <i>Ausgenommen externer Erhebung</i>

B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	816
Teilstationäre Fallzahl:	121

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I63	Hirnfarkt	83
2	G40	Epilepsie	67
3	G30	Alzheimer-Krankheit	53
4	G45	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	44
5	S72	Fraktur des Femurs	37
6	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	36
7	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	30
8	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	29
9	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	25
10	R54	Senilität	18

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	1716
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	718
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	507
4	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	315
5	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	222
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	178
7	1-770	Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment	151
8	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	141
9	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	130
10	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	108

B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ZULASSUNG ZUR GERIATRISCHEN INSTITUTSAMBULANZ (GIA)
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
	<i>Die Zentralambulanz steht allen Patienten jederzeit zur Verfügung</i>
2	PRÄ- UND POSTSTATIONÄRE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Durchführung von prä- und poststationären Leistungen</i>
3	GERIATRISCHE TAGESKLINIK
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	< 4
2	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	< 4

B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[11].11 Personelle Ausstattung

B-[11].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	4,08	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 4,08	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,41	Stationär: 3,67	
		Fälle je Anzahl: 222,3	
- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:	3,91		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,91	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,39	Stationär: 3,52	
		Fälle je Anzahl: 231,8	

B-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
2	Allgemeinmedizin
3	Neurologie

B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Notfallmedizin
2	Geriatric
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
4	Palliativmedizin

B-[11].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[11].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung einer Station / eines Bereiches

B-[11].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Geriatric
2	Bobath

B-[11].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[12] Mülheimer Frauenklinik - Gynäkologie

B-[12].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Mülheimer Frauenklinik - Gynäkologie
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	http://gynaekologie.evkmh.de

B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2425) Frauenheilkunde

B-[12].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärztin:

Name/Funktion:	Dr. med. Andrea Schmidt, Chefärztin
Telefon:	0208 309 2501
Fax:	0208 309 2519
E-Mail:	Andrea.Schmidt@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	http://gynaekologie.evkmh.de

B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
2	Inkontinenzchirurgie
3	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
4	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
5	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
6	Endoskopische Operationen
7	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
8	Urogynäkologie
9	Gynäkologische Chirurgie
10	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
11	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
12	Spezialsprechstunde
13	Eindimensionale Dopplersonographie
14	Duplexsonographie
15	Native Sonographie
16	Endosonographie
17	Gynäkologische Endokrinologie

B-[12].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit
	<i>Ausgenommen externer Erhebung</i>

B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1280
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	109
2	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	88
3	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	79
4	D25	Leiomyom des Uterus	63
5	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	62
6	N81	Genitalprolaps bei der Frau	55
7	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	40
8	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	39
9	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	37
10	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	33

B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	943
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	120
3	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	117
4	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	105
5	5-653	Salpingoovariektomie	102
6	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	86
7	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	84
8	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	76
9	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	72
10	5-682	Subtotale Uterusexstirpation	71

B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VG00 - Brustsprechstunde
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
	VG05 - Endoskopische Operationen
	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
	VG07 - Inkontinenzchirurgie
	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
	VR02 - Native Sonographie
	VG15 - Spezialsprechstunde
	VG16 - Urogynäkologie
	<i>Die Zentralambulanz und der Kreissaal steht allen Patienten jederzeit zur Verfügung</i>
2	ZWEITE MEINUNGS-SPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG16 - Urogynäkologie
	<i>Sprechstunde für abklärungsbedürftige Befunde der Brust</i>
3	TUMORSPRECHSTUNDE, AMBULANTE ERMÄCHTUNGUNG ZUR VERLAUFSKONTROLLE BEI NEOADJUVANTER CHEMOTHERAPIE,
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse

4	SPRECHSTUNDE FÜR ABKLÄRUNGSBEDÜRFTIGE BEFUNDE DER BRUST
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
5	HARNINKONTINENZ-SPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VG16 - Urogynäkologie
	<i>Sprechstunde für Frauen mit Harninkontinenz, einschl. der Möglichkeit urodynamischer Messungen.</i>
6	ZWEIT-MEINUNGSSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
7	GYNÄKOLOGIE-SPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
8	HARNINKONTINENZSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VG16 - Urogynäkologie
	<i>Sprechstunde für Frauen mit Harninkontinenz, einschl. der Möglichkeit urodynamischer Messungen</i>
9	TUMORSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
10	MULTIDISZIPLINÄRE FALLKONFERENZEN
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

10	MULTIDISZIPLINÄRE FALLKONFERENZEN
	<i>Teilnahme an multidisziplinären Fallkonferenzen</i>
11	ASV BEI GI-TUMOREN UND TUMORE DER BAUCHHÖHLE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
	<i>hinzuzuziehende Fachärzte</i>

B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	142
2	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	96
3	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	25
4	5-671	Konisation der Cervix uteri	22
5	5-667	Insufflation der Tubae uterinae	10
6	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	7
7	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	6
8	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	5
9	5-579	Andere Operationen an der Harnblase	4
10	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	4

B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[12].11 Personelle Ausstattung

B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Das ärztliche Personal der Frauenklinik wurde anhand eines von uns definierten Verteilungsschlüssels auf Basis der Belegungszahlen eingesetzten Mitarbeiter in die Fachabteilungen der Gynäkologie und Geburtshilfe durchschnittlich verteilt.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)				
Gesamt:		5,37	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	5,37	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,54	Stationär:	4,83
			Fälle je Anzahl:	265,0
- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:		2,23		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,23	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,22	Stationär:	2,01
			Fälle je Anzahl:	636,8

B-[12].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[12].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[12].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Praxisanleitung

B-[12].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[12].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[13] Klinik für Unfall-, Wirbelsäulen Chirurgie und Orthopädie

B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Unfall-, Wirbelsäulen Chirurgie und Orthopädie
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	http://unfallchirurgie.evkmh.de

B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1600) Unfallchirurgie

B-[13].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Ulf Kerkhoff, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2461
Fax:	0208 309 2465
E-Mail:	Ulf.Kerkhoff@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	http://unfallchirurgie.evkmh.de

B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Minimalinvasive endoskopische Operationen
2	Traumatologie
3	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
4	Verbrennungschirurgie
5	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
8	Septische Knochenchirurgie
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
11	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
12	Amputationschirurgie
13	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
14	Chirurgie der Bewegungsstörungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
15	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
16	Fußchirurgie
17	Bandrekonstruktionen/Plastiken
18	Metall-/Fremdkörperentfernungen
19	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
20	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
21	Schulterchirurgie
22	Handchirurgie
23	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
24	Chirurgie der peripheren Nerven
25	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
26	Wirbelsäulenchirurgie
27	Sportmedizin/Sporttraumatologie
28	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
29	Arthroskopische Operationen
30	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
31	Chirurgische Intensivmedizin
32	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
33	Notfallmedizin
34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
35	Spezialprechstunde
36	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
37	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
39	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

B-[13].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit <i>Ausgenommen externer Erhebung</i>

B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1782
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	148
2	S72	Fraktur des Femurs	134
3	M54	Rückenschmerzen	120
4	S52	Fraktur des Unterarmes	117
5	M48	Sonstige Spondylopathien	108
6	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	84
7	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	84
8	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	77
9	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	68
10	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	67

B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	406
2	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	321
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	259
4	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	243
5	5-032	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis	237
6	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	232
7	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	208
8	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	206
9	3-200	Native Computertomographie des Schädels	200

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
10	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	181

B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
2	PRIVATAMBULANZ	Privatambulanz
3	ERMÄCHTIGUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116 SGB V BZW. § 31A ABS. 1 ÄRZTE-ZV (BESONDERE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN ODER KENNTNISSE VON KRANKENHAUSÄRZTEN UND KRANKENHAUSÄRZTINNEN)	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) <i>Wirbelsäule- und Unfallchirurgie, Endoprothetikzentrum</i>
4	NOTFALLAMBULANZ (24H)	Notfallambulanz (24h)
5	D ARZTAMBULANZ	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz <i>bg-liche Behandlung</i>

B-[13].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	51
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	25
3	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	25
4	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	17
5	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	7
6	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	4
7	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	< 4
8	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	< 4

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
10	8-900	Intravenöse Anästhesie	< 4

B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[13].11 Personelle Ausstattung

B-[13].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	10,37	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 10,37	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,04	Stationär:	9,33
		Fälle je Anzahl:	191,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	7,08		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7,08	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,71	Stationär:	6,37
		Fälle je Anzahl:	279,7

B-[13].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Allgemeinchirurgie
2	Orthopädie und Unfallchirurgie

B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Manuelle Medizin/Chirotherapie
2	Sportmedizin
3	Notfallmedizin
4	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
5	Spezielle Orthopädische Chirurgie
6	Spezielle Unfallchirurgie

B-[13].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[13].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Praxisanleitung

B-[13].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[13].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[14] Gefäßchirurgische Klinik

B-[14].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Gefäßchirurgische Klinik
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	http://gefaesschirurgie.evkmh.de

B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1800) Gefäßchirurgie

B-[14].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Alexander Stehr, Chefarzt
Telefon:	0208 309 2441
Fax:	0208 309 2443
E-Mail:	Alexander.Stehr@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	http://gefaesschirurgie.evkmh.de

B-[14].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Chirurgische Intensivmedizin
2	Thorakoskopische Eingriffe
3	Spezialsprechstunde
4	Minimalinvasive endoskopische Operationen
5	Amputationschirurgie
6	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
7	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
8	Dialysehuntchirurgie
9	Wundheilungsstörungen
10	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
11	Aortenaneurysmachirurgie
12	Phlebographie
13	Tumorchirurgie
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
15	Native Sonographie
16	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
18	Duplexsonographie
19	Arteriographie
20	Schmerztherapie
21	Portimplantation
22	Eindimensionale Dopplersonographie
23	operatives Wundmanagement
24	Behandlung von Kompressionsyndromen
25	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
26	Sonographie mit Kontrastmittel
27	Visceralarterienchirurgie
28	Endovaskuläre Aorten Chirurgie
29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren

B-[14].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit <i>Ausgenommen externer Erhebung</i>

B-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1397
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70	Atherosklerose	507
2	I83	Varizen der unteren Extremitäten	271
3	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	117
4	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	85
5	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	81
6	A46	Erysipel [Wundrose]	49
7	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	41
8	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	37
9	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	32
10	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	22

B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	724
2	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	655
3	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	567
4	5-381	Enderarteriektomie	554
5	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	460

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	420
7	5-930	Art des Transplantates	389
8	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	364
9	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	328
10	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	324

B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	GEFÄßCHIRURGISCHE SPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC63 - Amputationschirurgie
	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
	VR15 - Arteriographie
	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
	VR04 - Duplexsonographie
	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
	VR16 - Phlebographie
	<i>Sprechstunde für Erkrankungen der hirnversorgenden Gefäße; Sprechstunde für Erkrankungen an den großen Arterien im Bauch und Beinbereich; Venensprechstunde mit Verbandssprechstunde bei offenen Wunden; Sprechstunde Diabetischer Fuß</i>
2	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VC63 - Amputationschirurgie
	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
	VR15 - Arteriographie
	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
	VC61 - Dialyseshuntchirurgie
	VR04 - Duplexsonographie
	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen

2	ZENTRALAMBULANZ
	VR16 - Phlebographie
	<i>Die Zentralambulanz steht jederzeit allen Patienten zur Verfügung.</i>
3	PRÄ- UND POSTSTATIONÄRE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Durchführung prä- und poststationärer Leistungen</i>
4	ASV BEI GI-TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
	<i>hinzuzuziehende Fachärzte</i>

B-[14].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	125
2	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	12
3	5-895	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	9
4	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	6
5	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shunt	4
6	5-983	Reoperation	< 4
7	8-020	Therapeutische Injektion	< 4
8	1-710	Ganzkörperplethysmographie	< 4
9	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)	< 4

B-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[14].11 Personelle Ausstattung

B-[14].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	10,58	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 10,58	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,06	Stationär:	9,52
		Fälle je Anzahl:	146,7

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	6,60		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 6,60	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,66	Stationär:	5,94
		Fälle je Anzahl:	235,2

B-[14].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Haut- und Geschlechtskrankheiten
2	Allgemeinchirurgie
3	Gefäßchirurgie

B-[14].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Allergologie
2	Notfallmedizin
3	Phlebologie
4	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[14].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[14].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Praxisanleitung

B-[14].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	Wundmanagement <i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>

B-[14].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[15] Institut Laboratoriumsmedizin + Mikrobiologie

B-[15].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut Laboratoriumsmedizin + Mikrobiologie
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468
Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	http://labor.evkmh.de

B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

B-[15].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Britt Hornei, Chefärztin
Telefon:	0208 881 3451
Fax:	0208 881 3459
E-Mail:	Britt.Hornei@eko.de
Adresse:	Virchowstraße 20
PLZ/Ort:	46047 Oberhausen
URL:	http://labormedizin.eko.de

Name/Funktion:	Dr. med. Claudia Baumann, Chefärztin
Telefon:	0208 881 3451
Fax:	0208 881 3459
E-Mail:	Claudia.Baumann@eko.de
Adresse:	Virchowstraße 20
PLZ/Ort:	46047 Oberhausen
URL:	http://labormedizin.eko.de

B-[15].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Basislabor und Speziallabor mit Serologie und Autoimmundiagnostik, Laboratoriumsmedizin
2	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE

Reisemedizin

3 Transfusionsmedizin

4 mikrobiologische Diagnostik

einschließlich Tuberkuloseuntersuchungen und molekularbiologischer Diagnostik

B-[15].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT

1 Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

Ausgenommen externer Erhebung

B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1 SPRECHSTUNDE FÜR PATIENTEN MIT GERINNUNGSSTÖRUNGEN

Privatambulanz

LEISTUNGEN:

VI00 - Laboratoriumsmedizin

VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

VI42 - Transfusionsmedizin

2 MVZ NIEDERGELASSENE PRAXIS FÜR LABORATORIUMSMEDIZIN

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[15].11 Personelle Ausstattung

B-[15].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	0,13	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
----------------	------	---	-------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,13	Ohne: 0,00	
----------------------------------	------------------	-------------------	--

Versorgungsform:	Ambulant: 0,01	Stationär: 0,12	
		Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	0,13
----------------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,13	Ohne: 0,00	
----------------------------------	------------------	-------------------	--

Versorgungsform:	Ambulant: 0,01	Stationär: 0,12	
		Fälle je Anzahl:	0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen:	0
----------------------------	---

Fälle je Anzahl:	0,0
-------------------------	-----

B-[15].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Laboratoriumsmedizin
2	Hygiene und Umweltmedizin

B-[15].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Hämostaseologie

B-[15].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[15].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

B-[15].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[15].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[16] Mülheimer Frauenklinik - Geburtshilfe

B-[16].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Mülheimer Frauenklinik - Geburtshilfe
Straße:	Wertgasse
Hausnummer:	30
PLZ:	45468

Ort:	Mülheim an der Ruhr
URL:	http://geburtshilfe.evkmh.de

B-[16].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2500) Geburtshilfe

B-[16].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärztin:

Name/Funktion:	Dr. med. Andrea Schmidt, Chefärztin
Telefon:	0208 309 2501
Fax:	0208 309 2519
E-Mail:	andrea.schmidt@evkmh.de
Adresse:	Wertgasse 30
PLZ/Ort:	45468 Mülheim an der Ruhr
URL:	http://geburtshilfe.evkmh.de

B-[16].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen wurden Zielvereinbarungen entsprechend Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V geschlossen

B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Betreuung von Risikoschwangerschaften
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
3	Ambulante Entbindung
4	Geburtshilfliche Operationen
5	Endosonographie
6	Eindimensionale Dopplersonographie
7	Native Sonographie

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
--	--------------------------------

8 Duplexsonographie

B-[16].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit <i>Ausgenommen externer Erhebung</i>

B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1636
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	726
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	432
3	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	73
4	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	65
5	O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert	63
6	O70	Dammriss unter der Geburt	32
7	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	29
8	O42	Vorzeitiger Blasensprung	23
9	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	21
10	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	17

B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	779
2	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	516

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	373
4	5-749	Andere Sectio caesarea	266
5	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	210
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	191
7	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	72
8	5-728	Vakuumentbindung	60
9	3-05d	Endosonographie der weiblichen Geschlechtsorgane	33
10	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	25

B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ULTRASCHALL- UND DOPPLERSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	<i>Ultraschalluntersuchungen in Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Dopplersonographie</i>
2	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
3	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
	VR02 - Native Sonographie
	<i>Die Zentralambulanz steht allen Patienten jederzeit zur Verfügung.</i>
4	GEBURTSLEITUNGS-SPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
5	GEBURTSLEITUNGS-SPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
6	ULTRASCHALL- UND DOPPLERSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	<i>Ultraschalluntersuchungen in Gynäkologie und Geburtshilfe inkl. Dopplersonographie</i>

B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

Stationäre BG-Zulassung: Nein

B-[16].11 Personelle Ausstattung

B-[16].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Das ärztliche Personal der Frauenklinik wurde anhand eines von uns definierten Verteilungsschlüssels auf Basis der Belegungszahlen eingesetzten Mitarbeiter in die Fachabteilungen der Gynäkologie und Geburtshilfe durchschnittlich verteilt.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)

Gesamt:	5,19	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,19	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,52	Stationär:	4,67
		Fälle je Anzahl:	350,3

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	2,15		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,15	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,22	Stationär:	1,93
		Fälle je Anzahl:	847,7

B-[16].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[16].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[16].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

B-[16].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Praxisanleitung

B-[16].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

B-[16].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Mülheim bestehenden interdisziplinären Belegung der Stationen ist eine exakte Zuordnung der Personalbesetzung auf Abteilungsebene nicht möglich. Die Gesamtzahl der Mitarbeiter wird daher für das Gesamthaus dargestellt.

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacherver: Implantation (09/1)	85	100
2	Herzschrittmacherver: Aggregatwechsel (09/2)	42	100
3	Herzschrittmacherver: Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	8	100
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	47	102,13
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	30	100
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	15	100
7	Karotis- Revaskularisation (10/2)	94	100
8	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/ 1)	328	100,3
9	Geburtshilfe (16/1)	830	100
10	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	48	100
11	Mammachirurgie (18/ 1)	151	100
12	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	373	100,54
13	Hüftendoprothesenve (HEP)	160	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
14	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	147	99,32
15	Hüftendoprothesenve Hüft- Endoprothesenwechs und - komponentenwechsel (HEP_WE)	18	105,56
16	Knieendoprothesenve (KEP)	68	100
17	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie- Schlittenprothesen (KEP_IMP)	63	100
18	Knieendoprothesenve : Knieendoprothe- senwechsel und -komponentenwechse (KEP_WE)	5	100
19	Neonatologie (NEO)	<i>Datenschutz</i>	<i>Datenschutz</i>
20	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	255	100

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

1	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation	
	Ergebnis-ID	2194
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,67 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 1,05 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
2 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 11,31 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,19 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,33
Grundgesamtheit	84
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
3 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 4,97 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,02 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,17 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,74
Grundgesamtheit	85
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
4 Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)	
Ergebnis-ID	52139
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	86,11 % - 95,67 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	89,04 % - 89,45 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	117
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	127
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

5	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten	
	Ergebnis-ID	52305
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	92,75 % - 97,36 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	95,66 % - 95,81 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	304
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	318
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

6 Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers	
Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	1,36 % - 1,53 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
7 Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt	
Ergebnis-ID	54140
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	91,23 % - 99,3 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	98,46 % - 98,64 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	77
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	79
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
8	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten	
	Ergebnis-ID	54141
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	Tkez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden.

Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre
Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	91,23 % - 99,3 %
-------------------	------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
--------------------	----

Vertrauensbereich	96,72 % - 96,98 %
-------------------	-------------------

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	77
------------------------	----

Erwartete Ereignisse	-
----------------------	---

Grundgesamtheit	79
-----------------	----

9 Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten

Ergebnis-ID	54142
--------------------	--------------

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
------------------	--

Art des Wertes	TKez
----------------	------

Bezug zum Verfahren	QSKH
---------------------	------

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
--	------

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindicators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden.

Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre
Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 4,64 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,11 % - 0,16 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	79

10 Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten

Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 4,64 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Vertrauensbereich	1,48 % - 1,66 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	79

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

11

Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Ergebnis-ID	52307
Leistungsbereich	Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	97,6 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,02 % - 98,22 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	156
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	156
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
12	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	51404
	Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 21,69 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1
Referenzbereich ≤ 5,03 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich 0,84 % - 1,11 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0
Erwartete Ereignisse 0,12
Grundgesamtheit 8

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

13

Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers

Ergebnis-ID 52315
Leistungsbereich Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
Art des Wertes QI
Bezug zum Verfahren QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 35,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,34 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	7
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
14	Der Schockgeber (Defibrillator-System) wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Ergebnis-ID	50005
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	85,75 % - 98,83 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,28 % - 96,75 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	45
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	47

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

15

Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Standards angemessen

Ergebnis-ID	50055
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	68,06 % - 89,81 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	91,75 % - 92,43 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	39
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	48
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
16	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	51186
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 21,82 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1
Referenzbereich ≤ 6,75 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich 0,81 % - 1,1 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0
Erwartete Ereignisse 0,16
Grundgesamtheit 48

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

17

Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird

Ergebnis-ID 52131
Leistungsbereich Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes QI
Bezug zum Verfahren QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	85,51 % - 97,16 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 60,00 %
	Vertrauensbereich	91,4 % - 92 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	71
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	76
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
18	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten	
	Ergebnis-ID	52316
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	87,5 % - 95,71 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,13 % - 96,4 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	150
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	162
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

19

Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel des Schockgebers (Defibrillators)	
Ergebnis-ID	52325
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,00 %
	Vertrauensbereich	0,71 % - 0,94 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
20	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft	
	Ergebnis-ID	52321
	Leistungsbereich	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	97,9 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,6 % - 98,78 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	179
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	179
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
21	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	51196
	Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 37,45 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1
Referenzbereich ≤ 5,70 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich 1,12 % - 1,49 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0
Erwartete Ereignisse 0,08
Grundgesamtheit 15

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

22

Probleme im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme). Diese Probleme führten zu einer erneuten Operation

Ergebnis-ID 52001
Leistungsbereich Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes QI
Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		—
Vertrauensbereich		—
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 6,00 %
Vertrauensbereich		2,98 % - 3,35 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse		(Datenschutz)
Grundgesamtheit		(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
23	Infektion, die zu einer erneuten Operation führte	
Ergebnis-ID		52002
Leistungsbereich		Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Ja

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 4,69 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,44 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,47 % - 0,63 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	78
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
24	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)	
	Ergebnis-ID	52324
	Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 21,53 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	0,35 % - 0,71 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	14

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📈 verbessert

25

Technisches Problem am Schockgeber (Defibrillator), das zu einer erneuten Operation führte (Aggregat- oder Sondenproblem)

Ergebnis-ID	52328
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 8,69 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	3,2 % - 3,58 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
26	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	11704
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,99 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,08 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

27	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	11724
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	Tkez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,9 % - 1,11 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

28	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	51437	
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 95,00 %	
Vertrauensbereich	98,02 % - 98,88 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	-	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	-	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG		
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	

29	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
Ergebnis-ID		51443
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≥ 95,00 %	
Vertrauensbereich	99,12 % - 99,72 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	-	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	-	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG		
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	

30	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)	
	Ergebnis-ID	51445
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikator, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	1,28 % - 2,29 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
31	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)	
	Ergebnis-ID	51448
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	1,03 % - 3,67 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
32	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind	
	Ergebnis-ID	51859
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	Tkez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 12,87 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,7 % - 3,4 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	26

33	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Ergebnis-ID	51860
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,98 % - 4,55 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

34	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	51865
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</p> <p>dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,87 % - 1,15 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

35	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	51873
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,03 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,89 % - 1,12 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
36 Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, erlitten einen Schlaganfall oder sind während der Operation verstorben. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt	
Ergebnis-ID	52240
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	3,9 % - 10,96 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

37	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht	
	Ergebnis-ID	603
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	94,25 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,78 % - 99,11 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	63
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	63
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
38	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht	
	Ergebnis-ID	604
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	87,13 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	99,68 % - 99,87 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	26
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	26
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
39	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)	
	Ergebnis-ID	605
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	Tkez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindicators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden.

Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre
beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,44 %

FALLZAHL

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

40

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	606
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	Tkez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindicators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	2,08 % - 3,59 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
41	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
	Ergebnis-ID	10211
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:

<https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren>

Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 20,00 %
Vertrauensbereich	7,23 % - 8,07 %

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

42 Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren</p> <p>Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://www.iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 2,17 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Vertrauensbereich	1,11 % - 1,33 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	105
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

43	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
Leistungsbereich		Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/</p> <p>diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		0 % - 1,22 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,18
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,17 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,88
Grundgesamtheit	276
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
44	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
Ergebnis-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 2,24 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,94 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,38 % - 2,56 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	168
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
45	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	60683
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	11,01 % - 13,58 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

46	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	60684
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	11,05 % - 12,96 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
47	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
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	1,05 % - 1,25 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
48	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
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	14,16 % - 42,07 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 40,23 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	19,39 % - 20,68 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	9
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	35
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
49	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
	Ergebnis-ID	612
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	92 % - 99,37 %
-------------------	----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 74,04 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	87,96 % - 88,59 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	85
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	87

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

50

Der Zeitraum zwischen der Entscheidung, einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen, und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Ergebnis-ID	1058
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikator-referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 25,88 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,23 % - 0,46 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	11
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
51	Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend	
	Ergebnis-ID	318
	Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind-referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,96 % - 97,37 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

52	Übersäuerung des Nabelschnurlutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen)	
	Ergebnis-ID	321
	Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,22 % - 0,24 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
53	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
	Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind-referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	97,18 % - 97,87 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG		
	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw. Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
54	Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben	
	Ergebnis-ID	50045
	Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungsnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind-referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,98 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	99,14 % - 99,21 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	225
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	225
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

55	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)	
Ergebnis-ID		51397
Leistungsbereich		Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes		TKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen am QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		—
Vertrauensbereich		—
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Vertrauensbereich		1,01 % - 1,12 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse		(Datenschutz)
Grundgesamtheit		(Datenschutz)

56	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischem Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden) - bei der Auswertung wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind (z. B. Vorerkrankungen) berücksichtigt	
	Ergebnis-ID	51803
	Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikator</p> <p>diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,42 % - 1,88 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,32
Vertrauensbereich	1,02 % - 1,08 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	5,28
Grundgesamtheit	801
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
57	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwilling- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
Ergebnis-ID	51831
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0 % - 24,89 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 6,00 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich 0,95 % - 1,18 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse 0,13

Grundgesamtheit 22

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ➡ unverändert

58	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)	
Ergebnis-ID	52249	
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich	0,84 % - 1,05 %	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 1,23 (90. Perzentil)	
Vertrauensbereich	0,98 % - 0,99 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	222	
Erwartete Ereignisse	236,53	
Grundgesamtheit	824	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert	

59	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
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	—	
Vertrauensbereich	—	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt	-1	
Referenzbereich	≤ 4,50 % (95. Perzentil)	
Vertrauensbereich	1,18 % - 1,36 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)	
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)	
Grundgesamtheit	(Datenschutz)	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert	

60	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden	
	Ergebnis-ID	54030
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	7,25 % - 27,17 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 15,00 %
	Vertrauensbereich	13,85 % - 14,4 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	48
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
61	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	54033
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,76 % - 2,14 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,24 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	7,48
Grundgesamtheit	39
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

62	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID		54040
Leistungsbereich		Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		0 % - 8,65 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 4,28 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich		0,83 % - 0,99 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		0,41
Grundgesamtheit		48

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
63	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54042
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	1,71 % - 4,23 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,17 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,96 % - 1,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	4,65
Grundgesamtheit	48

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U99 - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	plausibel begründet, weitere Verbesserung erwartet
64 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	54046
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturieren Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturieren Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,07 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	1 % - 1,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
65 Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
Ergebnis-ID	54050
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	86,02 % - 98,85 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 85,00 %
Vertrauensbereich	95,16 % - 95,52 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	46
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	48
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
66 Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium hatten)	
Ergebnis-ID	2163
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind-referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 29,91 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,04 % - 0,19 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	9
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
67 Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, werden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium haben und bei denen die Brust nicht entfernt wird, sondern brusterhaltend operiert wird)	
Ergebnis-ID	50719
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 8,20 % (80. Perzentil)
Vertrauensbereich	5,42 % - 6,71 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
68	Zwischen dem Zeitpunkt, wann der Brustkrebs festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage
Ergebnis-ID	51370
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, könnte dies u. a. darauf hindeuten, dass die Möglichkeit der Selbstinformation, der Zweitmeinung, der ärztlichen Aufklärung und der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen zeitlich nicht voll ausgeschöpft werden konnte. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 16,36 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,85 % - 4,17 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert

69	Die Feststellung, dass die Patientinnen und Patienten Brustkrebs haben, wurde vor der Behandlung durch eine Gewebeuntersuchung abgesichert	
	Ergebnis-ID	51846
	Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	94,8 % - 99,83 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	97,34 % - 97,57 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	104
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	105
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
70	Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)	
	Ergebnis-ID	51847
	Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	91,97 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,23 % - 96,63 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	44
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	44

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

71

Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet)

Ergebnis-ID	52268
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Standorte vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit noch keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs im Zusammenhang mit den einfließenden Faktoren für Deutschland vorliegen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	6,08 % - 19,06 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	12,86 % - 13,38 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	10
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	91
72	<p>Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)</p>	
	Ergebnis-ID	52279
	Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:

<https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren>

Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 92,11 % - 100 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich $\geq 95,00$ %

Vertrauensbereich 97,76 % - 98,1 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 28

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 28

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr \Rightarrow unverändert

73	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)	
Ergebnis-ID		52330
Leistungsbereich		Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:</p> <p>https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsind-referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		92,11 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≥ 95,00 %
Vertrauensbereich		99,14 % - 99,38 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		28
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		28

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
74 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	1,84 % - 2,57 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	137
Erwartete Ereignisse	62,91
Grundgesamtheit	18936
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
75 Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)	
Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A41 - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📉 verschlechtert
76 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierem Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierem Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,89 % - 5,31 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,12 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,06 % - 1,14 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	2,02
Grundgesamtheit	132
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
77 Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	54001
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	89,3 % - 99,14 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,05 % - 97,2 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	62
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	64
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

78	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht	
	Ergebnis-ID	54002
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	71,09 % - 97,35 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 86,00 %
	Vertrauensbereich	91,99 % - 92,72 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	19
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	21
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
79	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand	
	Ergebnis-ID	54003
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 15,00 %
	Vertrauensbereich	13,48 % - 14,03 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
80	Vorbegende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
	Ergebnis-ID	54004
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	97,27 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 85,00 %
	Vertrauensbereich	95,72 % - 95,9 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	137
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	137
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
81	Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden	
	Ergebnis-ID	54010
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden.

Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre
beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	91,67 % - 99,72 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
--------------------	----

Vertrauensbereich	98,03 % - 98,16 %
-------------------	-------------------

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	63
------------------------	----

Erwartete Ereignisse	-
----------------------	---

Grundgesamtheit	64
-----------------	----

82

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
--------------------	--------------

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
------------------	--

Art des Wertes	QI
----------------	----

Bezug zum Verfahren	QSKH
---------------------	------

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
--	------

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 0,71 % - 1,81 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 2,40 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich 0,98 % - 1,02 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 15

Erwartete Ereignisse 13,07

Grundgesamtheit 142

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

83

Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Ergebnis-ID 54013

Leistungsbereich Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Art des Wertes QI

Bezug zum Verfahren QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit". Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Vertrauensbereich		0 % - 4,05 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		Sentinel-Event
Vertrauensbereich		0,19 % - 0,23 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		0
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		91
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		↻ unverändert
84	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
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,72 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,46 % - 1,57 %

FALLZAHL

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

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

85

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
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	11,72 % - 54,65 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 15,15 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	5,84 % - 6,54 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	14

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	D50 - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollständige oder falsche Dokumentation
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

86

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
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p> <p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	8,57 % - 23,86 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 11,41 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	4,45 % - 4,79 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	82
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A42 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	📉 verschlechtert
87	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
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	2,46 % - 15 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 7,50 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,28 % - 2,42 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	64

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

88

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
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 43,45 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 10,37 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,95 % - 3,55 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	5
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
89	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54020
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	85,39 % - 98,16 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,75 % - 97,9 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	53
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	56
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

90	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
----	--

Ergebnis-ID	54021
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	37,55 % - 96,38 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,17 % - 96,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	5

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
91 Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	54022
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	56,55 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 86,00 %
Vertrauensbereich	92,87 % - 93,72 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	5
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

92	Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden	
	Ergebnis-ID	54026
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	82,73 % - 96,56 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	92,79 % - 93,04 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	58
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	63
93	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	54028
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 10,32 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,79 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,83 % - 0,95 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,35
	Grundgesamtheit	66
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
94	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
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,35 % - 1,46 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
95	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
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 5,75 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,89 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1 % - 1,1 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	63

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

96

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
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 43,45 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 13,33 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	4,25 % - 4,96 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	5
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
97	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)	
	Ergebnis-ID	54127
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 6,11 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
--------------------	----

Referenzbereich	Sentinel-Event
-----------------	----------------

Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
-------------------	-----------------

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
------------------------	---

Erwartete Ereignisse	-
----------------------	---

Grundgesamtheit	59
-----------------	----

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
--	---------------

98

Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig

Ergebnis-ID	54128
--------------------	--------------

Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
------------------	--

Art des Wertes	QI
----------------	----

Bezug zum Verfahren	QSKH
---------------------	------

Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
--	------

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	94,7 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 98,54 % (5. Perzentil)
	Vertrauensbereich	99,76 % - 99,81 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	55
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	55
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
99	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)	
	Ergebnis-ID	50050
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:
https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre
 dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,89 % - 1,09 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

100

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)

Ergebnis-ID	50052
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</p> <p>dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,81 % - 1,05 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
101	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)	
	Ergebnis-ID	50053
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:
https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre
 dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,04 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

102

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Infektion, die sie im Krankenhaus erworben haben (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	50060
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,87 % - 0,97 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

103	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an beatmeten Kindern mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID		50062
Leistungsbereich		Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 2,54 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich		0,87 % - 0,98 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		-
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar

KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
104	Ein Hörtest wurde durchgeführt
Ergebnis-ID	50063
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	97,77 % - 97,95 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

105	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)	
	Ergebnis-ID	50069
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,52 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,9 % - 1,05 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
106 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)	
Ergebnis-ID	50074
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,04 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,92 % - 0,98 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
107 Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen)	
Ergebnis-ID	51070
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierter Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierter Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,31 % - 0,38 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
108 Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden	
Ergebnis-ID	51076
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	3 % - 3,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

109	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden	
	Ergebnis-ID	51078
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindicators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindicators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	3,03 % - 3,91 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
110	Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden	
	Ergebnis-ID	51079
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	5,07 % - 6,07 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
111	Sehr kleine Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden	
	Ergebnis-ID	51832
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	3,6 % - 4,34 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

112

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)

Ergebnis-ID	51837
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:</p> <p>https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre</p> <p>dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,84 % - 1,01 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
113	Schwerwiegende Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden	
	Ergebnis-ID	51838
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden:
https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre
 beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,91 % - 2,43 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

114

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)

Ergebnis-ID	51843
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung". Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,8 % - 1,02 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
115	Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten	
	Ergebnis-ID	51901
	Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgeborene zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden. Als "sehr kleine Frühgeborene" werden für diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. [Anonym] (2008): Incorrect Data Analysis in: Association of Preterm Birth with Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth [Corrections; JAMA - Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429]. JAMA - Journal of the American Medical Association 300(2): 170-171. DOI: 10.1001/jama.300.2.170-c. Dimick, JB; Welch, H; Birkmeyer, JD (2004): Surgical Mortality as an Indicator of Hospital Quality. The Problem With Small Sample Size. JAMA - Journal of the American Medical Association 292(7): 847-851. DOI: 10.1001/jama.292.7.847. Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0. Swamy, GK; Østbye, T; Skjærven, R (2008): Association of Preterm Birth With Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth. JAMA - Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429.

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,91 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,88 % - 0,98 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
116 Wachstum des Kopfes	
Ergebnis-ID	52262
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 21,74 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	9,58 % - 10,53 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.
117	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,52 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	255
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	255
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

118	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
	Ergebnis-ID	2006
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	98,48 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	98,49 % - 98,58 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	249
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	249
119	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
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,56 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
120	Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2009
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,08 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,01 % - 95,18 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	196
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	196

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert
121	Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben
Ergebnis-ID	2013
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	97,33 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	93,74 % - 93,99 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	140
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	140
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

122	Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt	
	Ergebnis-ID	2028
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	97,29 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	95,47 % - 95,66 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	138
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	138
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↔ unverändert
123	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
	Ergebnis-ID	50722
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	98,5 % - 100 %
-------------------	----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,42 % - 96,55 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	253
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	253

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

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

124

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	1,16 % - 1,96 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,58 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	46
Erwartete Ereignisse	30,23
Grundgesamtheit	255
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	↻ unverändert

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

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

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich:	Stationäre Patienten, Erhebung der Prozessqualität und Ergebnisqualität
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Qualitätssicherung Bauchortenaneurysma im Auftrag der DGG
Ergebnis:	32
Messzeitraum:	01.01. – 31.12.2018
Datenerhebung:	Register m. webbasierter Erf. v. Datensätzen zu Bauchortenaneurysma-Op's (konventionell-chirurg. und endovaskulär). Folgeeingr. und Follow-up.
Rechenregeln:	Keine
Referenzbereiche:	Keine, Jährliche Auswertung durch die Qualitäts-Sicherungs-Kommission der DGG.
Vergleichswerte:	Benchmarking, teilnehmerspezifischer Bericht.
Quellenangabe:	Deutsches Institut für Gefäßmedizinische Gesundheitsforschung (DIGG), 100%ige Tochtergesellschaft der deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie.

Leistungsbereich:	Stationäre Patienten, Erhebung der Prozessqualität und Ergebnisqualität
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Qualitätssicherung Karotis Revaskularisation im Auftrag der DGG
Ergebnis:	95
Messzeitraum:	01.01.-31.12.2018
Datenerhebung:	Register m. webbasiert Erf. von Datensätzen zu Karotis Revaskularisations-Op's (konventionell chirurg. und endovaskulär). Folgeeingr. und Follow-up.
Rechenregeln:	keine
Referenzbereiche:	
Vergleichswerte:	
Quellenangabe:	

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Erbrachte Menge:	13
Ausnahme:	MM05: Keine Ausnahme
Ausnahme-Datum:	
Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Erbrachte Menge:	60
Ausnahme:	MM05: Keine Ausnahme
Ausnahme-Datum:	
Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Erbrachte Menge:	30
Ausnahme:	MM05: Keine Ausnahme
Ausnahme-Datum:	

C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	13
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	11
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein
Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	60
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	57

Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	30
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	31
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Strukturqualitätsvereinbarungen:

	VEREINBARUNG
1	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	101
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	68
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	68

* nach den "Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus" (siehe www.g-ba.de).