



EKO.
Evangelisches Krankenhaus Oberhausen

www.eko.de
**OBERHAUSEN -
WIR SIND FÜR SIE DA.**

Arnoldstraße
EKO
Evangelisches
Krankenhaus
Oberhausen
Virchowstraße

no entry sign
bicycle sign
frei

bus stop sign

bus stop shelter
SIBINA DIELS

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	1
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	1
A-0 Fachabteilungen	2
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	2
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	5
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
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	19
A-13 Besondere apparative Ausstattung	31
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	33
B-[1] Klinik für Frauenheilkunde	33
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	33
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	33
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	34
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	34
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	34

B-[1].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	35
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	35
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	35
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	35
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	35
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	36
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	36
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	38
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	38
B-[1].11	Personelle Ausstattung	38
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	38
B-[1].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	39
B-[1].11.1	Zusatzweiterbildung	39
B-[1].11.2	Pflegepersonal	40
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	40
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	40
B-[1].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	40
B-[2]	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	40
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	41
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	41
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	41
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	41
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[2].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	42
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	42

B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	43
B-[2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	43
B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	43
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	43
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	43
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	43
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	43
B-[2].11	Personelle Ausstattung	44
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	44
B-[2].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	44
B-[2].11.1	Zusatzweiterbildung	45
B-[2].11.2	Pflegepersonal	45
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	45
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	45
B-[2].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	45
B-[3]	Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin	45
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	46
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	46
B-[3].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	46
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	46
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	46
B-[3].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	47
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	47
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	47
B-[3].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	47

B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	47
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	47
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	47
B-[3].11	Personelle Ausstattung	47
B-[3].11.1	Ärzte und Ärztinnen	48
B-[3].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	48
B-[3].11.1	Zusatzweiterbildung	48
B-[3].11.2	Pflegepersonal	49
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	49
B-[3].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	49
B-[3].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	49
B-[4]	Sozialpädiatrisches Zentrum und Kinderneurologie	50
B-[4].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	50
B-[4].1.1	Fachabteilungsschlüssel	50
B-[4].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	50
B-[4].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	50
B-[4].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	51
B-[4].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	51
B-[4].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	52
B-[4].6	Hauptdiagnosen nach ICD	52
B-[4].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	52
B-[4].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	52
B-[4].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	52

B-[4].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	52
B-[4].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	53
B-[4].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	54
B-[4].11	Personelle Ausstattung	54
B-[4].11.1	Ärzte und Ärztinnen	54
B-[4].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	54
B-[4].11.1	Zusatzweiterbildung	55
B-[4].11.2	Pflegepersonal	55
B-[4].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	55
B-[4].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	55
B-[4].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	55
B-[5]	Klinik für Gefäßchirurgie	55
B-[5].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	56
B-[5].1.1	Fachabteilungsschlüssel	56
B-[5].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	56
B-[5].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	56
B-[5].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	56
B-[5].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	57
B-[5].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	57
B-[5].6	Hauptdiagnosen nach ICD	57
B-[5].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	57
B-[5].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	58
B-[5].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	58
B-[5].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	58
B-[5].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	60

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	61
B-[5].11.2	Pflegepersonal	61
B-[5].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	61
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 Kinderchirurgie	62
B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	62
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel	62
B-[6].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	62
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	62
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	63
B-[6].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	64
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	64
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	64
B-[6].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	64
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	65
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	65
B-[6].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	65
B-[6].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	66
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	67
B-[6].11	Personelle Ausstattung	67

B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen	67
B-[6].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	68
B-[6].11.1	Zusatzweiterbildung	68
B-[6].11.2	Pflegepersonal	68
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	68
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	68
B-[6].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	69
B-[7]	Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	69
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	69
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	69
B-[7].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	69
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	70
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	70
B-[7].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	71
B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	71
B-[7].6	Hauptdiagnosen nach ICD	72
B-[7].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	72
B-[7].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	72
B-[7].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	72
B-[7].7.2	Kompetenzprozeduren	72
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	73
B-[7].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	77
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	78
B-[7].11	Personelle Ausstattung	78
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen	78

B-[7].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	78
B-[7].11.1	Zusatzweiterbildung	79
B-[7].11.2	Pflegepersonal	79
B-[7].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	79
B-[7].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	79
B-[7].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	79
B-[8]	Klinik für Geriatrie	79
B-[8].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	80
B-[8].1.1	Fachabteilungsschlüssel	80
B-[8].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	80
B-[8].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	80
B-[8].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	80
B-[8].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	81
B-[8].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	82
B-[8].6	Hauptdiagnosen nach ICD	82
B-[8].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	82
B-[8].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	82
B-[8].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	82
B-[8].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	83
B-[8].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	83
B-[8].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	83
B-[8].11	Personelle Ausstattung	83
B-[8].11.1	Ärzte und Ärztinnen	83
B-[8].11.1	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	84
B-[8].11.1	Zusatzweiterbildung	84

B-[8].11.2Pflegepersonal	84
B-[8].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	84
B-[8].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	85
B-[8].11.3Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	85
B-[9] Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie	85
B-[9].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	85
B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel	85
B-[9].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	86
B-[9].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	86
B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	86
B-[9].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	87
B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	87
B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD	88
B-[9].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	88
B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	88
B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	88
B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	88
B-[9].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	90
B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	91
B-[9].11 Personelle Ausstattung	91
B-[9].11.1Ärzte und Ärztinnen	91
B-[9].11.1Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	91
B-[9].11.1Zusatzweiterbildung	92
B-[9].11.2Pflegepersonal	92
B-[9].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	92

B-[9].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	92
B-[9].11.3Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	92
B-[10] Institut für Laboratoriumsmedizin und Klinische Mikrobiologie	93
B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	93
B-[10].1.1Fachabteilungsschlüssel	93
B-[10].1.2Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	93
B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	94
B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	94
B-[10].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	94
B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	94
B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD	94
B-[10].6.1Hauptdiagnosen 3-stellig	95
B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	95
B-[10].7.1OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	95
B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	95
B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	95
B-[10].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	95
B-[10].11 Personelle Ausstattung	95
B-[10].11.Ärzte und Ärztinnen	95
B-[10].11.Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	96
B-[10].11.Zusatzweiterbildung	96
B-[10].11.Pflegepersonal	96
B-[10].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	97
B-[10].11.Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	97
B-[10].11.Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	97

B-[11]	Klinik für Kardiologie und Angiologie	97
B-[11].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	97
B-[11].1.1	Fachabteilungsschlüssel	97
B-[11].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	98
B-[11].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	98
B-[11].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	98
B-[11].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	99
B-[11].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	99
B-[11].6	Hauptdiagnosen nach ICD	99
B-[11].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	100
B-[11].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	100
B-[11].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	100
B-[11].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	100
B-[11].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	101
B-[11].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	102
B-[11].11	Personelle Ausstattung	102
B-[11].11.1	Ärzte und Ärztinnen	102
B-[11].11.2	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	103
B-[11].11.3	Zusatzweiterbildung	103
B-[11].11.4	Pflegepersonal	103
B-[11].11.5	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	103
B-[11].11.6	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	104
B-[11].11.7	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	104
B-[12]	Klinik für Urologie	104
B-[12].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	104

B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel	104
B-[12].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	104
B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	105
B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	105
B-[12].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	106
B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	106
B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD	106
B-[12].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	106
B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	106
B-[12].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	106
B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	107
B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	109
B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	109
B-[12].11 Personelle Ausstattung	109
B-[12].11.1 Ärzte und Ärztinnen	109
B-[12].11.2 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	110
B-[12].11.3 Zusatzweiterbildung	110
B-[12].11.4 Pflegepersonal	110
B-[12].11.5 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	110
B-[12].11.6 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	111
B-[12].11.7 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	111
B-[13] Institut für Pathologie	111
B-[13].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	111
B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel	111
B-[13].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	111

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

B-[14].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	116
B-[14].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	117
B-[14].6	Hauptdiagnosen nach ICD	117
B-[14].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	117
B-[14].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	117
B-[14].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	117
B-[14].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	118
B-[14].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	119
B-[14].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	120
B-[14].11	Personelle Ausstattung	120
B-[14].11.1	Ärzte und Ärztinnen	120
B-[14].11.2	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	120
B-[14].11.3	Zusatzweiterbildung	120
B-[14].11.4	Pflegepersonal	121
B-[14].11.5	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	121
B-[14].11.6	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	121
B-[14].11.7	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	121
B-[15]	Klinik für Kinder und Jugendliche	121
B-[15].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	121
B-[15].1.1	Fachabteilungsschlüssel	122
B-[15].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	122
B-[15].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	122
B-[15].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	122
B-[15].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	124
B-[15].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	125

B-[15].6	Hauptdiagnosen nach ICD	125
B-[15].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	125
B-[15].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	125
B-[15].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	125
B-[15].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	126
B-[15].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	127
B-[15].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	127
B-[15].11	Personelle Ausstattung	127
B-[15].11	Ärzte und Ärztinnen	128
B-[15].11	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	128
B-[15].11	Zusatzweiterbildung	128
B-[15].11	Pflegepersonal	129
B-[15].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	129
B-[15].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	129
B-[15].11	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	129
B-[16]	Geburtshilfe	130
B-[16].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	130
B-[16].1.1	Fachabteilungsschlüssel	130
B-[16].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	130
B-[16].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	130
B-[16].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	131
B-[16].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	131
B-[16].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	131
B-[16].6	Hauptdiagnosen nach ICD	131
B-[16].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	131

B-[16].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	132
B-[16].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	132
B-[16].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	132
B-[16].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	133
B-[16].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	133
B-[16].11	Personelle Ausstattung	133
B-[16].11.1	Ärzte und Ärztinnen	133
B-[16].11.2	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	134
B-[16].11.3	Zusatzweiterbildung	134
B-[16].11.4	Pflegepersonal	134
B-[16].11.5	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	135
B-[16].11.6	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	135
B-[16].11.7	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	135
B-[17]	Hämatologie und internistische Onkologie	135
B-[17].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	135
B-[17].1.1	Fachabteilungsschlüssel	136
B-[17].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	136
B-[17].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	136
B-[17].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	136
B-[17].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	138
B-[17].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	138
B-[17].6	Hauptdiagnosen nach ICD	139
B-[17].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	139
B-[17].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	139
B-[17].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	139

B-[17].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	139
B-[17].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	140
B-[17].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	140
B-[17].11	Personelle Ausstattung	140
B-[17].11	Ärzte und Ärztinnen	140
B-[17].11	Ärztliche Fachexpertise der Abteilung	140
B-[17].11	Zusatzweiterbildung	141
B-[17].11	Pflegepersonal	141
B-[17].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	141
B-[17].11	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	141
B-[17].11	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	141
C	Qualitätssicherung	141
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	142
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	266
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	266
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	266
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	267
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr.268 2 SGB V	268
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 268 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	268

Vorwort

Einleitung

Verantwortliche:

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

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Dr. Peter Quaschner, Geschäftsführer
Telefon:	0208 881 4802
Fax:	0208 881 4809
E-Mail:	peter.quaschner@eko.de

Links:

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

Weiterführende Links:

	URL	BESCHREIBUNG
1	eko.de/zentren/endo-prothesen-zentrum.html	EndoProthetikZentrum EKO.
2	kobec.de	Kontinenz- und Beckenboden-Centrum Evangelisches Krankenhaus Oberhausen
3	bzmo.de	BrustzentrumMülheimOberhausen
4	eko.de/prostatazentrum-rhein-ruhr.html	Prostatazentrum Rhein-Ruhr
5	gutundgerne-mh.de/index.php?id=763	Gastronomiepartner

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	2425	Klinik für Frauenheilkunde
2	Nicht-Bettenführend	3751	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
3	Nicht-Bettenführend	3600	Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
4	Nicht-Bettenführend	3700	Sozialpädiatrisches Zentrum und Kinderneurologie
5	Hauptabteilung	1800	Klinik für Gefäßchirurgie
6	Hauptabteilung	1300	Klinik für Kinderchirurgie
7	Hauptabteilung	1600	Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
8	Hauptabteilung	0200	Klinik für Geriatrie
9	Hauptabteilung	0100	Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie
10	Nicht-Bettenführend	3700	Institut für Laboratoriumsmedizin und Klinische Mikrobiologie
11	Hauptabteilung	0300	Klinik für Kardiologie und Angiologie
12	Hauptabteilung	2200	Klinik für Urologie
13	Nicht-Bettenführend	3700	Institut für Pathologie
14	Hauptabteilung	1500	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
15	Hauptabteilung	1000	Klinik für Kinder und Jugendliche
16	Hauptabteilung	2500	Geburtshilfe
17	Hauptabteilung	0500	Hämatologie und internistische Onkologie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Evangelisches Krankenhaus Oberhausen GmbH
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen
Straße:	Virchowstraße
Hausnummer:	20
IK-Nummer:	260510815
Standort-Nummer:	0
Krankenhaus-URL:	http://www.eko.de

A-1.1 Kontaktdaten des Standorts

Standort-Name:	Evangelisches Krankenhaus Oberhausen GmbH
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen
Straße:	Virchowstraße
Hausnummer:	20
IK-Nummer:	260510815
Standort-Nummer:	0
E-Mail:	info@eko.de
Standort-URL:	http://eko.de/start.html

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dr. Peter Quaschner, Geschäftsführer
Telefon:	0208 881 4801
Fax:	0208 881 4809
E-Mail:	Peter.Quaschner@eko.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Florin Laubenthal, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0208 881 1654
Fax:	0208 881 3162
E-Mail:	Florin.Laubenthal@eko.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Christian Fehr, Pflegedirektor
Telefon:	0208 881 1058
Fax:	0208 881 1059
E-Mail:	Christian.Fehr@eko.de

Leitung des Standorts:

Standort:	Evangelisches Krankenhaus Oberhausen GmbH
Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dr. Peter Quaschner, Geschäftsführer
Telefon:	0208 881 4806
Fax:	0208 881 4809
E-Mail:	Peter.Qaschner@eko.de

Standort:	Evangelisches Krankenhaus Oberhausen GmbH
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Florin Laubenthal, Ärztlicher Direktor
Telefon:	0208 881 1654
Fax:	0208 881 3162
E-Mail:	Florin.Laubenthal@eko.de

Standort:	Evangelisches Krankenhaus Oberhausen GmbH
Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Christian Fehr, Pflegedirektor
Telefon:	0208 881 1058
Fax:	0208 881 1059

E-Mail:

Christian.Fehr@eko.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 Duisburg - Essen

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale
Versorgungsverpflichtung?

Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	Akupunktur <i>Wird in der Frauenklinik angeboten.</i>
2	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare <i>Als familiäre Pflege auf der Geriatrie.</i>
3	Atemgymnastik/-therapie
4	Basale Stimulation
5	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
6	Medizinische Fußpflege <i>Über Diabetesschule und Anforderungen über einen externen Partner möglich.</i>
7	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
8	Sporttherapie/Bewegungstherapie

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Bewegungstherapie</i>
9	Bewegungsbad/Wassergymnastik
10	Schmerztherapie/-management
11	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
	<i>Montag: 09:00 bis 12:00 Mittwoch: 19:30 bis 21:30</i>
12	Vojtathérapie für Erwachsene und/oder Kinder
13	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
	<i>in Kooperation</i>
14	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
	<i>Beratung durch Breast-Care-Nurses; Pflegeexperten</i>
15	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
16	Stomatherapie/-beratung
	<i>in Kooperation</i>
17	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
	<i>in Kooperation</i>
18	Wärme- und Kälteanwendungen
19	Wundmanagement
20	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege
21	Säuglingspflegekurse
22	Kinästhetik
23	Stillberatung
	<i>Zertifizierte Still- und Laktationsberater (IBCLC)</i>
24	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen
25	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
26	Pädagogisches Leistungsangebot
27	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
28	Audiometrie/Hördiagnostik
	<i>Hörtest für Neugeborene.</i>
29	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
30	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
	<i>Case Management in der Geriatrie und Klinik für Kardiologie und Angiologie</i>
31	Diät- und Ernährungsberatung
32	Ergotherapie/Arbeitstherapie
33	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
34	Massage
35	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining <i>Wird von der Ergotherapie angeboten.</i>
36	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
37	Manuelle Lymphdrainage
38	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>in Kooperation</i>
39	Sozialdienst
40	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
41	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
42	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen <i>Diabetikerschulung Erwachsene und Kinder; Diabetische Podologie bei Diabetikern.</i>
43	Eigenblutspende
44	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>Regelmäßige Vorträge zu Gesundheitsthemen - Termine auf unserer Internetseite</i>
45	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie <i>Manuelle Therapie und manuelle Lymphdrainage</i>
46	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
47	Musiktherapie <i>Musiktherapie für Kinder</i>
48	Snoezelen

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

LEISTUNGSANGEBOT	
1	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer <i>nicht in allen Zimmern vorhanden</i>
2	Schwimmbad/Bewegungsbad <i>Für ambulante Patienten verfügbar.</i>
3	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen <i>Max. Kosten pro Stunde: 1 € Max. Kosten pro Tag: 5 €</i>
4	Rundfunkempfang am Bett

LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
5	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
6	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	<i>Kosten pro Tag: 0 €</i>
	<i>Verfügbar auf den Privatstationen.</i>
7	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
8	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)
	<i>Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Vegetarische/vegane Kost immer verfügbar; muslimische und jüdische Kost auf Anforderung</i>
9	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
	<i>Es besteht die Möglichkeit der Aufnahme des Kindes als Begleitperson</i>
10	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
11	Kinderbetreuung
	<i>Zu bestimmten Tageszeiten stehen Erzieherinnen und Klinikclowns für die Patienten zur Verfügung. Ebenfalls wird zu bestimmten Tageszeiten eine Betreuung der Besucherkinder angeboten</i>
12	Andachtsraum
	<i>Gebetsraum</i>
13	Seelsorge
14	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
	<i>Grüne Damen</i>
15	Hotelleistungen
16	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
17	Telefon am Bett
	<i>Kosten pro Tag: 1,9 € Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,04 € Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €</i>
	<i>Telefonflatrate 1,90 €/Tag</i>
18	Zwei-Bett-Zimmer
19	Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung
20	Schule im Krankenhaus

LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Beschäftigungsangebote vor Ort durch Erzieherinnen</i>
21	Rooming-in
22	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum <i>hauseigene Cafeteria</i>
23	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
24	Mutter-Kind-Zimmer <i>Familienzimmer</i>
25	Ein-Bett-Zimmer
26	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	Arbeit mit Piktogrammen <i>teilweise umgesetzt</i>
6	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung <i>teilweise</i>
7	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
8	Besondere personelle Unterstützung
9	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
10	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße <i>bis 200kg Körpergewicht</i>
11	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische <i>Schwerlastsäule und OP-Tisch bis 250kg Körpergewicht</i>
12	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
13	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
14	Dolmetscherdienst <i>Auf Anfrage</i>

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
15	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
16	Diätetische Angebote
17	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
18	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) <i>Spezielle Betten können über einen externen Dienstleister bestellt werden.</i>
19	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
20	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
21	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
22	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden <i>"z.B. Raum der Stille"</i>
23	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin <i>Auf Anfrage</i>

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN	
1	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
2	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) <i>PJ Ausbildung Uniklinikum Essen</i>
3	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
4	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten <i>an den Universitäten Würzburg, Düsseldorf, RWTH Aachen, Hannover, Mainz, Duisburg.</i>
5	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
6	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
7	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
8	Doktorandenbetreuung

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN	
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
2	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
3	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten: 452

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	20828
Teilstationäre Fallzahl:	96
Ambulante Fallzahl:	54129

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:	155,37	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 155,37	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 15,55	Stationär:	139,82

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	91,77		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 91,77	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 9,17	Stationär:	82,60

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

Anzahl in Personen: 0

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt: 1,39

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 1,39 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,14 **Stationär:** 1,25

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt: 0,77

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,77 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,08 **Stationär:** 0,69

A-11.2 Pflegepersonal

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

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

39,00

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

Gesamt: 214,49

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 214,49 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 21,45 **Stationär:** 193,04

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 214,49

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 214,49 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 21,45 **Stationär:** 193,04

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

Gesamt: 89,12

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 89,12 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 8,91 Stationär: 80,21

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 89,12

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 89,12 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 8,91 Stationär: 80,21

ALTENPFLEGER UND ALTENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 2,63

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 2,63 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,27 Stationär: 2,36

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 2,63

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 2,63 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,27 Stationär: 2,36

PFLEGEASSISTENTEN UND PFLEGEASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 4,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 4,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,40 Stationär: 3,60

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 4,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 4,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,40 Stationär: 3,60

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,84		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,84	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,08	Stationär: 0,76

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,84		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,84	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,08	Stationär: 0,76

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

Gesamt:	19,25		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	19,25	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	1,93	Stationär: 17,32

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	19,25		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	19,25	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	1,93	Stationär: 17,32

ENTBINDUNGSPFLERGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	12,42		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	12,42	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	1,24	Stationär: 11,18

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	12,42		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	12,42	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	1,24	Stationär: 11,18

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: 8,59

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 8,59 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,86 Stationär: 7,73

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 8,59

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 8,59 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,86 Stationär: 7,73

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 33,58

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 33,58 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 3,36 Stationär: 30,22

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 33,58

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 33,58 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 3,36 Stationär: 30,22

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

DIPLOM-PSYCHOLOGEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN

Gesamt: 0,00

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

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

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,00

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,00

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,00

PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOTHERAPEUTINNEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,00

ERGOTHERAPEUTEN

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
------------------	-----------------------	------------------------

SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGEN

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.

ERGOTHERAPEUT UND ERGOTHERAPEUTIN

Gesamt:	4,97	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 4,97	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,50	Stationär: 4,47

ERZIEHER UND ERZIEHERIN

Gesamt:	2,40	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,40	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,24	Stationär: 2,16

MASSEUR/MEDIZINISCHER BADEMEISTER UND MASSEURIN/MEDIZINISCHE BADEMEISTERIN

Gesamt:	3,10	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,10	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,31	Stationär: 2,79

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

Gesamt:	30,61	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 30,61	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 3,06	Stationär: 27,55

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

Gesamt: 7,76

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 7,76 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,78 **Stationär:** 6,98

MUSIKTHERAPEUT UND MUSIKTHERAPEUTIN

Gesamt: 0,21

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,21 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,02 **Stationär:** 0,19

PÄDAGOGE UND PÄDAGOGIN/LEHRER UND LEHRERIN

Gesamt: 2,33

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 2,33 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,23 **Stationär:** 2,10

PHYSIOTHERAPEUT UND PHYSIOTHERAPEUTIN

Gesamt: 9,56

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 9,56 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,96 **Stationär:** 8,60

DIPLOM-PSYCHOLOGE UND DIPLOM-PSYCHOLOGIN

Gesamt: 7,44

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 7,44 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,74 **Stationär:** 6,70

PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTIN

Gesamt: 0,00

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

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

SOZIALARBEITER UND SOZIALARBEITERIN

Gesamt: 3,60

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 3,60 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,36 **Stationär:** 3,24

PERSONAL MIT WEITERBILDUNG ZUM DIABETESBERATER/ ZUR DIABETESBERATERIN

Gesamt: 2,54

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 2,54 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,25 **Stationär:** 2,29

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IM WUNDMANAGEMENT

Gesamt: 1,00

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

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Lara Schwarzbold, Stellvertretende Bereichsleitung Unternehmensqualität
Telefon:	0208 309 2810
Fax:	0208 309 3118
E-Mail:	lara.schwarzbold@ategris.de

A-12.1.2 Lenkungsremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Monatliche Treffen der Leitung der Organisationsentwicklung, 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
--	---

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Lara Schwarzbold, Stellvertretende Bereichsleitung Unternehmensqualität
Telefon:	0208 309 2810
Fax:	0208 309 3118
E-Mail:	lara.schwarzbold@ategris.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums 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 der verschiedenen Fachabteilungen (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	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
2	Mitarbeiterbefragungen
3	Klinisches Notfallmanagement

INSTRUMENT BZW. MAßNAHME	
	<i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Notfallplan EKO Letzte Aktualisierung: 01.02.2019</i>
4	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Systemische Schmerztherapie Erwachsene Letzte Aktualisierung: 01.01.2017</i>
5	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege Letzte Aktualisierung: 15.02.2015</i>
6	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege") <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Expertenstandard Dekubitus Letzte Aktualisierung: 28.08.2019</i>
7	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Patientenfixierung Letzte Aktualisierung: 08.10.2018</i>
8	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Medizinprodukte assoziierte Risiken Letzte Aktualisierung: 17.08.2015</i>
9	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
10	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
11	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
12	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dienstanweisung Seitenkennzeichnung Letzte Aktualisierung: 01.04.2009</i>
13	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Allgemeine postoperative Versorgung Letzte Aktualisierung: 04.03.2014</i>
14	Entlassungsmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Standard Entlassmanagement Letzte Aktualisierung: 15.02.2015</i>
15	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrens- ; Dienst- und Arbeitsanweisungen im Dokumentenlenkungssystem Letzte Aktualisierung: 26.06.2019</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 einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: bei Bedarf</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: 06.03.2017</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 an übergreifenden Fehlermeldesystemen 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 (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

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

Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums: quartalsweise

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	12 ¹⁾
Hygienefachkräfte (HFK)	3 ²⁾
Hygienebeauftragte in der Pflege	30 ³⁾

¹⁾ Dem Krankenhaus stehen 12 hygienebeauftragte Ärzte/ Ärztinnen zur Verfügung.

²⁾ Dem Krankenhaus stehen 3 Hygienefachkräfte zur Verfügung.

³⁾ 19 mit Zertifikat für Hygienebeauftragte in der Pflege.

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Dr. med. Britt Hornei, Leitung klinische Mikrobiologie/ Ltd. Ärztin Krankenhaushygiene
Telefon:	0208 881 3451
Fax:	0208 881 3459
E-Mail:	Britt.Hornei@eko.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Das Evangelische Krankenhaus Oberhausen nimmt neben den unten angegebenen KISS auch am MRE-KISS für die Intensivstation teil.

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

	OPTION	AUSWAHL
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 Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

	OPTION	AUSWAHL
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
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	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):	38
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	160

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
2	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
3	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
4	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Zertifikat Bronze</i>
5	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: SOP's im QM-Handbuch Hygienemanagement</i> <i>Teilnahme an:- MRE-Netzwerk Oberhausen- Modellregion Hygiene Ruhrgebiet- Punktprävalenzerhebung (PPS) zum Vorkommen von nosokomialen Infektionen und zur Anwendung von Antibiotika</i>

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

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

□ 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>Ein schriftliches Konzept regelt die strukturierte Vorgehensweise der Lob- und Beschwerdebearbeitung - Von der Beschwerdestimulierung bis zur Auswertung. Verbesserungsmaßnahmen werden in Zusammenarbeit mit den Kliniken, Stationen und Bereichen in Projekten gemeinsam erarbeitet und umgesetzt.</i>	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden. <i>Das Konzept regelt den Umgang mit mündlichen sowie schriftlichen Beschwerden. Über eine entsprechende Software (Intrafox) werden intern alle eingehenden Beschwerden erfasst oder ggf. an die Beschwerdebeauftragte weitergeleitet. Alle Mitarbeiter sind dazu angehalten entgegengebrachte Beschwerden anzunehmen und wenn möglich sofort zur Zufriedenheit des Beschwerdeführers abzustellen. In schwierigen Fällen ist die Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit der Beschwerdebeauftragten immer möglich.</i>	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden. <i>Siehe vorangegangenen Punkt.</i>	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert. <i>Gemäß Konzept: Die Beschwerdebeauftragte kontaktiert den Geber einer Beschwerde nach spätestens 72 Stunden und benachrichtigt nochmals den Geber einer Beschwerde nach Abschluß der Beschwerde.</i>	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>Die Beschwerdemanagementbeauftragte ist mit Stellenprofil benannt und den Mitarbeitern des Krankenhauses bekannt.</i>	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. <i>Ein Patientenfürsprecher ist benannt. Dieser agiert selbstständig und nimmt Beschwerden in einem persönlichen Gespräch auf. Eine Zusammenarbeit mit der Beschwerdebeauftragten ist jeder Zeit möglich.</i>	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden <i>Die Rückmeldung kann über folgende Medien erfolgen: durch Patienten/Angehörige, E-Mail, Internetportal, Briefe, Telefon, Homepages zur Klinikbewertung, Patientenfragebögen oder über Mitarbeiter.</i>	Ja
9	Patientenbefragungen <i>Ein schriftliches Konzept regelt die Vorgehensweise der kontinuierlichen internen Patientenbefragung. Die Ergebnisse werden quartalsweise ausgewertet und in den Gremien und den Mitarbeitern des EKO. präsentiert. Verbesserungsmaßnahmen werden in Zusammenarbeit mit den Kliniken, Stationen und Bereichen in Projekten gemeinsam erarbeitet und umgesetzt.</i>	Ja

LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT		ERFÜLLT?
10	Einweiserbefragungen	Ja
<i>Diese werden sytematisch durch das Kooperationsmanagement durchgeführt.</i>		

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Saskia Gäth, Beschwerdebeauftragte
Telefon:	0208 881 3582
Fax:	0208 881
E-Mail:	Beschwerdemanagement@eko.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, Leitung Apotheke
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 der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
2	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
3	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
4	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
5	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
<input checked="" type="checkbox"/>	Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
<input checked="" type="checkbox"/>	Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

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

<input checked="" type="checkbox"/>	Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
<input checked="" type="checkbox"/>	Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
<input checked="" type="checkbox"/>	Sonstiges: Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): HBS-Bestellsystem, Zenzy, Zusatzmodule für die Chargenerfassung und Plausibilitätsprüfung

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	
	<i>Vorhanden im SPZ und in Kooperation mit Niedergelassenen Neurologen. Ein Angiologiemessplatz und Intraoperatives Neuromonitoring stehen zur Verfügung.</i>		
2	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	
	<i>in Kooperation mit Radiologie Institut Oberhausen (R.I.O.)</i>		
3	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung, mehrere DSA-taugliche C-Bögen in den Op-Sälen zur Verfügung	Ja
4	Positronenemissionstomograph (PET)/ PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	
	<i>in Kooperation</i>		
5	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja
6	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja
	<i>Zusätzliche Möglichkeit einer Hochfrequenzbeatmung und NO-Beatmung</i>		
7	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
	<i>aEEG-Monitor für die Neonatologie</i>		
8	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen, Ultraschall Wunddepriment	Ja
9	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
	<i>Urodynamischer Meßplatz zur Erfassung von Druck-, Fluß-, und EMG-Signalen des Harntraktes und des Beckenbodens.</i>		
10	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
11	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	
	<i>in der Urologie</i>		

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
12	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder <i>in Kooperation mit Radiologie Institut Oberhausen (R.I.O.)</i>	Ja
13	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
14	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja
15	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
16	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) <i>z.B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse</i>	Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Klinik für Frauenheilkunde

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Frauenheilkunde
Straße:	Virchowstraße
Hausnummer:	20
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2425) Frauenheilkunde

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Bernhard Uhl, Chefarzt
Telefon:	0208 881 4175
Fax:	0208 881 4209
E-Mail:	Bernhard.Uhl@eko.de
Adresse:	Virchowstraße 20
PLZ/Ort:	46047 Oberhausen

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	Urogynäkologie
2	Native Sonographie
3	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
4	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
5	Gynäkologische Chirurgie
6	Inkontinenzchirurgie
7	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
8	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
9	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
10	Spezialsprechstunde

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
11	Endoskopische Operationen
12	("Sonstiges") <i>Organzentrum mit Zusatzangeboten: Brustzentrum MülheimOberhausen - Zertifizierung seit 2006 durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe</i>
13	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
14	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1203
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	205
2	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	87
3	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	75
4	D25	Leiomyom des Uterus	57
5	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	46
6	O06	Nicht näher bezeichneter Abort	35
7	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	35
8	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	34
9	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	34
10	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	30

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	97
2	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	95
3	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	90
4	5-661	Salpingektomie	77
5	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	74
6	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	71
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	68
8	5-653	Salpingoovariektomie	66
9	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	59
10	5-682	Subtotale Uterusexstirpation	58

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<p>ONKOLOGISCHE TAGESKLINIK; DYSPLASIE-SPRECHSTUNDE; GYNÄKOLOGISCHER ULTRASCHALL URODYNAMI, BURSTZENTRUM</p> <p>Privatambulanz</p> <p>LEISTUNGEN:</p> <p>VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren</p> <p>VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse</p> <p>VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane</p> <p>VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes</p> <p>VG05 - Endoskopische Operationen</p> <p>VG06 - Gynäkologische Chirurgie</p> <p>VG15 - Spezialsprechstunde</p> <p><i>Weiterführende gynäko-onkologische Therapie; Weiterführende Diagnostik von Veränderungen im Bereich des Gebärmutterhalses; Spezielle Ultraschalluntersuchungen auf Überweisung von niedergelassenen Frauenärzten.</i></p>
2	<p>ZENTRALAMBULANZ</p> <p>Notfallambulanz (24h)</p> <p>LEISTUNGEN:</p> <p>VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren</p> <p>VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse</p> <p>VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane</p> <p>VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse</p>

2	ZENTRALAMBULANZ
	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
	VG15 - Spezialsprechstunde
	VG16 - Urogynäkologie
3	UROGYNÄKOLOGISCHE 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:
	VG07 - Inkontinenzchirurgie
	VG16 - Urogynäkologie
	<i>Urodynamische Diagnostik und Inkontinenz-Behandlung</i>
4	GYNÄKOLOGISCHER ULTRASCHALL
	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
	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
	VG15 - Spezialsprechstunde
	<i>Spezielle Ultraschalluntersuchungen auf Überweisung von niedergelassenen Ärzten & High End Sonographie</i>
5	ONKOLOGISCHE 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:
	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
6	DYSPLASIESPRECHSTUNDE
	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	TEILNAHME AN MULTIDISZIPLINÄRER FALLKONFERENZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

8	GYNÄKOLOGISCHE PRÄ- UND POSTOPERATIVE BEHANDLUNG
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Bei gynäkologischen Erkrankungen</i>
9	KONSILIARISCHE BERATUNG, DURCHFÜHRUNG VON AMBULANTEN CHEMOTHERAPIEN BEI BRUSTKREBS
	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>Konsiliarische Beratung auf Überweisung von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	136
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	115
3	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	90
4	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	29
5	5-672	Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri	22
6	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	14
7	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	10
8	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	9
9	5-667	Insufflation der Tubae uterinae	7
10	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	7

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.

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:	12,50	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 12,50	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,25	Stationär:	11,25
		Fälle je Anzahl:	106,9

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	6,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 6,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,60	Stationär:	5,40
		Fälle je Anzahl:	222,8

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
3	Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Medikamentöse Tumortherapie
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
3	Labordiagnostik - fachgebunden -
4	Akupunktur

B-[1].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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	Pflege in der Onkologie
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung
5	Bachelor
	<i>B.Sc. Hebammenkunde</i>

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Breast Care Nurse

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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] Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Straße:	Virchowstr.
Hausnummer:	20
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen
URL:	http://radiologie.eko.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3751) Radiologie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Jörg-Michael Neuerburg, Chefarzt
Telefon:	0208 881 1141
Fax:	0208 881 1161
E-Mail:	joerg.neuerburg@eko.de
Adresse:	Virchowstr. 20
PLZ/Ort:	46047 Oberhausen
URL:	http://radiologie.eko.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	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
2	Knochendichtemessung (alle Verfahren) <i>Keine DPX Knochendichtemessung. Nur CT- Osteodensitometrie.</i>
3	Phlebographie
4	Arteriographie
5	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
6	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
7	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
8	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ <i>in Kooperation</i>
9	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren <i>in Kooperation</i>
10	Konventionelle Röntgenaufnahmen
11	Computertomographie (CT), nativ
12	Interventionelle Radiologie
13	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel <i>in Kooperation</i>
14	Quantitative Bestimmung von Parametern
15	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
16	Kinderradiologie
17	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	RADIOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN
	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>Radiologie für ermächtigte Ärzte EKO.</i>
2	PRIVAT-SPRECHSTUNDE
	Privatambulanz

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	129
2	3-200	Native Computertomographie des Schädels	92
3	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	79
4	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	62
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	60
6	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	40
7	3-206	Native Computertomographie des Beckens	39
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	30
9	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	19
10	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	18

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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:	4,16	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
----------------	------	---	-------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 4,16	Ohne: 0,00
----------------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,42	Stationär: 3,74
	Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	2,08
----------------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,08	Ohne: 0,00
----------------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,21	Stationär: 1,87
	Fälle je Anzahl:	0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

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

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Radiologie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[2].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Hygienebeauftragte in der Pflege

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

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

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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 Anästhesie und Intensivmedizin

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
Straße:	Virchowstr.
Hausnummer:	20
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen
URL:	http://anaesthesie.eko.de

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3600) Intensivmedizin

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Priv. Doz. Dr. med. Peter Kiefer, Chefarzt
Telefon:	0208 881 1654
Fax:	0208 881 3162
E-Mail:	peter.kiefer@eko.de
Adresse:	Virchowstr. 20
PLZ/Ort:	46047 Oberhausen
URL:	http://anaesthesie.eko.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	Schmerztherapie
2	Chirurgische Intensivmedizin <i>Interdisziplinäre Intensivstation</i>
3	Intensivmedizin <i>Interdisziplinäre Intensivstation</i>
4	Transfusionsmedizin

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

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

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

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:	18,05	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 18,05	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,81	Stationär:	16,24
		Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	12,32		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 12,32	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,23	Stationär:	11,09
		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	Anästhesiologie

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[3].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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

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

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

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

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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] Sozialpädiatrisches Zentrum und Kinderneurologie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Sozialpädiatrisches Zentrum und Kinderneurologie
Straße:	Virchowstr
Hausnummer:	20
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen
URL:	http://spz.eko.de

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Joachim Opp Opp, Chefarzt
Telefon:	0208 881 1390
Fax:	0208 881 1409
E-Mail:	joachim.opp@eko.de
Adresse:	Virchowstr 20
PLZ/Ort:	46047 Oberhausen
URL:	http://spz.eko.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 sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen <i>in Kooperation mit der Klinik für Kinder und Jugendliche</i>
2	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
3	Neuropädiatrie
4	Pädiatrische Psychologie
5	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes <i>in Kooperation mit der Klinik für Kinder und Jugendliche</i>
6	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
7	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
8	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen <i>in Kooperation mit der Klinik für Kinder und Jugendliche</i>
9	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener <i>in Kooperation mit der Klinik für Kinder und Jugendliche</i>
10	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen <i>in Kooperation mit der Klinik für Kinder und Jugendliche</i>
11	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden <i>in Kooperation mit der Klinik für Kinder und Jugendliche</i>
12	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien <i>in Kooperation mit der Klinik für Kinder und Jugendliche</i>
13	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen <i>in Kooperation mit der Klinik für Kinder und Jugendliche</i>
14	Sozialpädiatrisches Zentrum
15	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter

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

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	SOZIALPÄDIATRISCHE AMBULANZ
	Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V
	LEISTUNGEN:
	VK21 - Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
	VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
	VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
	VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
	VK17 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
	VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
	VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
	VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	VK27 - Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes

1	SOZIALPÄDIATRISCHE AMBULANZ
	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
	VK34 - Neuropädiatrie
	VK28 - Pädiatrische Psychologie
	VK24 - Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
	VK35 - Sozialpädiatrisches Zentrum
	<i>Das Sozialpädiatrische Zentrum arbeitet an zwei Standorten: Evang. KH Oberhausen und Mülheim/Ruhr</i>
2	SOZIALPÄDIATRISCHE AMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VK21 - Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
	VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
	VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
	VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
	VK17 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
	VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
	VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
	VK23 - Versorgung von Mehrlingen
	<i>Das Sozialpädiatrische Zentrum arbeitet an zwei Standorten: Evang. KH Oberhausen und Mülheim/Ruhr</i>

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:	6,02	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
----------------	------	---	-------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	6,02	Ohne:	0,00
----------------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,60	Stationär:	5,42
			Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	6,02
----------------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	6,02	Ohne:	0,00
----------------------------------	-------------	------	--------------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,60	Stationär:	5,42
			Fälle je Anzahl:	0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

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

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Kinder- und Jugendmedizin
2	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie
3	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Diabetologie
2	Notfallmedizin
3	Psychotherapie - fachgebunden -

B-[4].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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	Bachelor
2	Diplom
3	Pflege in der Rehabilitation

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

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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] Klinik für Gefäßchirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Gefäßchirurgie
Straße:	Virchowstr
Hausnummer:	20
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen
URL:	http://gefaesschirurgie.eko.de

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1800) Gefäßchirurgie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Holger Claßen, Chefarzt
Telefon:	0208 881 1652
Fax:	0208 881 1119
E-Mail:	Holger.Classen@eko.de
Adresse:	Virchowstr 20
PLZ/Ort:	46047 Oberhausen
URL:	http://gefaesschirurgie.eko.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	Aortenaneurysmachirurgie
2	Arteriographie
3	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen <i>Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen</i>
4	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
5	Defibrillatoreingriffe
6	Schrittmachereingriffe
7	Portimplantation
8	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
9	Phlebographie
10	Dialysehuntchirurgie
11	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Lymphgefäße
13	Diagnostik und Therapie des Diabetischen Fußsyndrom

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	883
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I70	Atherosklerose	332
2	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	65
3	N18	Chronische Nierenkrankheit	61

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	I83	Varizen der unteren Extremitäten	50
5	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	48
6	A46	Erysipel [Wundrose]	45
7	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	43
8	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	43
9	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	38
10	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	31

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-381	Enderarteriektomie	396
2	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	320
3	5-983	Reoperation	276
4	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	271
5	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	246
6	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	238
7	5-930	Art des Transplantates	221
8	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	219
9	5-395	Patchplastik an Blutgefäßen	211
10	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	199

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
	VR15 - Arteriographie
	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel

1	ZENTRALAMBULANZ
	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
	VC06 - Defibrillatoreingriffe
	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
	VR41 - Interventionelle Radiologie
	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
	VR17 - Lymphographie
	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
	VR16 - Phlebographie
	VC62 - Portimplantation
	VC05 - Schrittmachereingriffe
	VR40 - Spezialsprechstunde
	<i>Die Zentralambulanz steht allen Notfall-Patienten jederzeit zur Verfügung.</i>
2	GEFÄßCHIRURGISCHE SPRECHSTUNDE PKV
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
	<i>Diagnostik und Behandlung von Gefäßerkrankungen, Erkrankungen des Lymphsystems und Behandlung von chronischen Wunden.</i>
3	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
	<i>Diagnostik und Behandlung von Gefäßerkrankungen, Erkrankungen des Lymphsystems und Behandlung von chronischen Wunden.</i>

4	GEFÄßCHIRURGISCHE SPRECHSTUNDE GKV
	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>Diagnostik und Behandlung von Patienten mit diabetischem Fuß</i>
5	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)
	<i>Konsiliarische Beratung auf Überweisung von Fachärzten für Gefäßchirurgie und Fachärzten für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Gefäßchirurgie</i>

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

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.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)			
Gesamt:	5,44	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,44	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,54	Stationär: 4,90	
		Fälle je Anzahl: 180,2	
- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:	4,35		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 4,35	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,44	Stationär: 3,91	
		Fälle je Anzahl: 225,8	

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[5].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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].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	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung

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

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

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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] Klinik für Kinderchirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Kinderchirurgie
Straße:	Virchowstr
Hausnummer:	20
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen
URL:	http://kinderchirurgie.eko.de

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1300) Kinderchirurgie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Med. Dr. (TR) Bülent Engec, Chefarzt
Telefon:	0208 881 1251
Fax:	0208 881 1259
E-Mail:	buelent.engec@eko.de
Adresse:	Virchowstr 20
PLZ/Ort:	46047 Oberhausen
URL:	http://kinderchirurgie.eko.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	Kindertraumatologie
2	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
3	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
4	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
5	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
7	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
8	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
9	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
11	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
12	Metall-/Fremdkörperentfernungen
13	Verbrennungschirurgie
14	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
15	Kinderurologie
16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
18	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
19	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
20	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
21	Nierenchirurgie
22	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
23	Handchirurgie
24	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
25	Wundheilungsstörungen
26	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
27	Laserchirurgie
28	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
29	Kinderchirurgie
30	Native Sonographie
31	Magen-Darm-Chirurgie
32	Speiseröhrenchirurgie <i>z.B. Ösophagusatresie</i>
33	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
34	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
35	Minimalinvasive endoskopische Operationen
36	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
37	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
38	Notfallmedizin
39	Spezialsprechstunde <i>Myelomeningozele, Hydrocephalus, Kinderurologie, Kinderproktologie, Pränatalberatung</i>

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	1099
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S06	Intrakranielle Verletzung	237
2	Q53	Nondescensus testis	64
3	K40	Hernia inguinalis	60

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	42
5	S52	Fraktur des Unterarmes	36
6	N45	Orchitis und Epididymitis	35
7	I88	Unspezifische Lymphadenitis	34
8	Q54	Hypospadie	27
9	K35	Akute Appendizitis	26
10	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	25

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	292
2	8-121	Darmspülung	136
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	108
4	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	68
5	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	59
6	5-624	Orchidopexie	39
7	5-921	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen	32
8	5-470	Appendektomie	32
9	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	26
10	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	25

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	HYDROCEPHALUS- UND MYELOMINGOCELEN-SPRECHSTUNDE; ÖSOPHAGUS-SPRECHSTUNDE; URODYNAMIK; GASTROENTEROLOGIE UND PROKTOLOGIE
	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:
	VC46 - Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark
	VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen

1	HYDROCEPHALUS- UND MYELOMINGOCELEN-SPRECHSTUNDE; ÖSOPHAGUS-SPRECHSTUNDE; URODYNAMIK; GASTROENTEROLOGIE UND PROKTOLOGIE
	VU08 - Kinderurologie
	VK29 - Spezialsprechstunde
	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
	<i>Konsiliarische Beratung auf Überweisung von Fachärzten für Kinderchirurgie und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin</i>
2	BESTIMMUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116B SGB V
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	LEISTUNGEN:
	LK05 - Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen
	LK27 - Diagnostik und Therapie von Patienten und Patientinnen mit Kurzdarmsyndrom
3	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
4	KINDER-AMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
5	D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE AMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
6	HÄMANGIOM-SPRECHSTUNDE; HYDROCEPHALUS- UND MYELOMINGOCELEN-SPRECHSTUNDE; ÖSOPHAGUS-SPRECHSTUNDE; GASTROLOGIE UND PROKTOLOGIE; URODYNAMIK
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC46 - Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark
	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
	VU08 - Kinderurologie
	VK29 - Spezialsprechstunde
	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-653	Diagnostische Proktoskopie	113
2	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	88
3	5-640	Operationen am Präputium	75
4	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	72

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	64
6	5-279	Andere Operationen am Mund	23
7	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	12
8	1-315	Anorektale Manometrie	12
9	5-898	Operationen am Nagelorgan	9
10	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	9

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Ja

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:	8,65	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 8,65	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,86	Stationär:	7,79
		Fälle je Anzahl:	141,1

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:		4,83	
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	4,83	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,48	Stationär: 4,35
			Fälle je Anzahl: 252,6

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Kinderchirurgie
2	Allgemeinchirurgie

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Notfallmedizin
2	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[6].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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	Praxisanleitung

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

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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] Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Straße:	Virchowstraße
Hausnummer:	20
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen
URL:	http://unfallchirurgie.eko.de

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1600) Unfallchirurgie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Peter Rommelmann, Chefarzt
Telefon:	0208 881 1657
Fax:	0208 881 1119
E-Mail:	peter.rommelmann@eko.de
Adresse:	Virchowstraße 20

PLZ/Ort:

46047 Oberhausen

URL:

<http://unfallchirurgie.eko.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 Knochenentzündungen
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
3	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
4	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
5	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
6	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
7	Endoprothetik
8	Spezialsprechstunde
9	Septische Knochenchirurgie
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
11	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
12	Metall-/Fremdkörperentfernungen
13	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
14	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
15	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
16	Arthroskopische Operationen
17	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
18	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
19	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
20	Bandrekonstruktionen/Plastiken
21	Rheumachirurgie
22	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
23	Spezialsprechstunde
24	Traumatologie
25	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
26	Notfallmedizin
27	Verbrennungschirurgie
28	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
29	Chirurgische Intensivmedizin
30	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
31	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
32	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
33	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
35	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
37	Wirbelsäulenchirurgie
38	Amputationschirurgie
39	Schulterchirurgie
40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
41	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
42	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
43	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
44	Handchirurgie
45	Fußchirurgie
46	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
47	Sportmedizin/Sporttraumatologie

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	1906
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M75	Schulterläsionen	434
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	209
3	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	207
4	S06	Intrakranielle Verletzung	129
5	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	84
6	S52	Fraktur des Unterarmes	83
7	M54	Rückenschmerzen	72
8	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	65
9	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	65
10	M19	Sonstige Arthrose	64

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	684
2	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	601
3	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	457
4	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	392
5	5-986	Minimalinvasive Technik	380
6	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	304
7	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	276
8	1-697	Diagnostische Arthroskopie	274
9	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	228
10	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	213

B-[7].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRÄ- UND POSTOPERATIVE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
	VC30 - Septische Knochenchirurgie
	<i>Durchführung von prä- und postoperativen Leistungen</i>
2	ENDOPROTHETHIKSPRECHSTUNDE
	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:
	VC66 - Arthroskopische Operationen
	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
	VC30 - Septische Knochenchirurgie
	VC58 - Spezialsprechstunde
3	SCHULTERSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC66 - Arthroskopische Operationen
	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes

3	SCHULTERSPRECHSTUNDE
	VC58 - Spezialsprechstunde
	<i>Sprechstunde für Patienten zur Behandlung schwerwiegender Schulter- und Ellenbogenerkrankungen nach Überweisung durch niedergelassene Ärzte.</i>
4	BG-AMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC63 - Amputationschirurgie
	VC66 - Arthroskopische Operationen
	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
	VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
	VO15 - Fußchirurgie
	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
	VC71 - Notfallmedizin
	VO19 - Schulterchirurgie
	VC30 - Septische Knochenchirurgie
	VC58 - Spezialsprechstunde
	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
	<i>Behandlungen von Betriebs- Wege- und Schulunfällen. Durchführung des Durchgangsarztverfahrens.</i>
5	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:

5	ZENTRALAMBULANZ
	VC66 - Arthroskopische Operationen
	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	VO15 - Fußchirurgie
	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	VO16 - Handchirurgie
	VC71 - Notfallmedizin
	VO19 - Schulterchirurgie
	VC30 - Septische Knochenchirurgie
	VC58 - Spezialsprechstunde
6	OSTEOSYNTHESE-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:
	VC63 - Amputationschirurgie
	VC66 - Arthroskopische Operationen
	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand

6	OSTEOSYNTHESE-SPRECHSTUNDE
	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
	VO15 - Fußchirurgie
	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	VO16 - Handchirurgie
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
	VC71 - Notfallmedizin
	VO19 - Schulterchirurgie
	VC30 - Septische Knochenchirurgie
	VC58 - Spezialsprechstunde
	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
7	SCHULTER-SPRECHSTUNDE KV
	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:
	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
	VO19 - Schulterchirurgie
	VC30 - Septische Knochenchirurgie
	VC58 - Spezialsprechstunde
	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
8	ENDOPROTHETIKSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC66 - Arthroskopische Operationen
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
	VO19 - Schulterchirurgie
	VC30 - Septische Knochenchirurgie
	VC58 - Spezialsprechstunde
	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie

9	OSTEOSYNTHESE-SPRECHSTUNDE PKV
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC66 - Arthroskopische Operationen
	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	VC30 - Septische Knochenchirurgie
	VC58 - Spezialsprechstunde
10	KONSILIARISCHE BERATUNG, UNFALLCHIRURGIE
	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>Konsiliarische Beratung auf Überweisung von Fachärzten für Orthopädie, Unfallchirurgie und Chirurgie</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	69
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	38
3	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	26
4	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	23
5	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	19
6	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	16
7	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	8
8	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	8

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	6
10	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	6

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

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

Stationäre BG-Zulassung: Ja

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:	9,93	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 9,93	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,99	Stationär:	8,94
		Fälle je Anzahl:	213,2

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	7,75		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7,75	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,77	Stationär:	6,98
		Fälle je Anzahl:	273,1

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Manuelle Medizin/Chirotherapie
2	Notfallmedizin
3	Spezielle Unfallchirurgie
4	Sportmedizin

B-[7].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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

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

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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] Klinik für Geriatrie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Geriatrie
Straße:	Virchowstr
Hausnummer:	20
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen
URL:	http://geriatrie.eko.de

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0200) Geriatrie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Xaver Sünkeler, Chefarzt
Telefon:	0208 881 1311
Fax:	0208 881 1319
E-Mail:	xaver.suenkeler@eko.de
Adresse:	Virchowstr 20
PLZ/Ort:	46047 Oberhausen
URL:	http://geriatrie.eko.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	Geriatrische Tagesklinik
	<i>10 Plätze</i>
2	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
4	Native Sonographie
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
7	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
8	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
9	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
10	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
11	Physikalische Therapie
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
13	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
14	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
	<i>10 Plätze</i>
15	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
16	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
17	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
18	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
19	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
20	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
21	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
22	Endoskopie
23	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
24	Diagnostik und Therapie von Allergien
25	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
26	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	1496
Teilstationäre Fallzahl:	96

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I50	Herzinsuffizienz	115
2	E86	Volumenmangel	113
3	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	109
4	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	106
5	S72	Fraktur des Femurs	96
6	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	81
7	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	65
8	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	56
9	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	47
10	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	38

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1339
2	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	684
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	355
4	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	269
5	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	247
6	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	217
7	1-770	Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment	130

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	126
9	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	87
10	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	78

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	GERIATRISCHE AMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
	VN19 - 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
2	GERIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ, 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)
	LEISTUNGEN:
	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
	<i>Durchführung des Geriatrischen Assessments</i>

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

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

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:	8,46	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 8,46	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,85	Stationär:	7,61
		Fälle je Anzahl:	196,6
- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:	4,70		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 4,70	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,47	Stationär:	4,23
		Fälle je Anzahl:	353,7

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Geriatric
2	Palliativmedizin
3	Physikalische Therapie und Balneologie
4	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[8].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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	Praxisanleitung
3	Hygienebeauftragte in der Pflege

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Geriatrie
	<i>z. B. Zercur</i>
2	Kinästhetik
3	Wundmanagement
	<i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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] Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie
Straße:	Virchowstraße
Hausnummer:	20
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen
URL:	http://innere.eko.de

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0100) Innere Medizin

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Ali Avci, Chefarzt
Telefon:	0208 881 1653
Fax:	0208 881 3162
E-Mail:	Ali.Avci@eko.de
Adresse:	Virchowstraße 20
PLZ/Ort:	46047 Oberhausen
URL:	http://innere.eko.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 Niereninsuffizienz
2	Physikalische Therapie
3	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
5	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
8	Endosonographie
9	Transfusionsmedizin

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>in Kooperation mit dem Labor</i>
10	Native Sonographie
11	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
13	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
15	Sonographie mit Kontrastmittel
16	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
17	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
19	Diagnostik und Therapie von Allergien
20	Intensivmedizin
21	Spezialsprechstunde
22	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
23	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
24	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
25	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
26	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
27	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
28	Endoskopie
29	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
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 zerebrovaskulären Krankheiten
33	Duplexsonographie

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	2298
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	181
2	K29	Gastritis und Duodenitis	154
3	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	108
4	K80	Cholelithiasis	82
5	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	78
6	K85	Akute Pankreatitis	65
7	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	59
8	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	58
9	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	48
10	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	41

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1002
2	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	763
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	615
4	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	603
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	427
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	402
7	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	357
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	314
9	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	311
10	1-653	Diagnostische Proktoskopie	297

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ENDOSKOPISCHE DIAGNOSTIK UND THERAPIE; GASTROENTEROLOGISCHE FUNKTIONSDIAGNOSTIK
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	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)
	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
	VR04 - Duplexsonographie
	VI35 - Endoskopie
	VR06 - Endosonographie
	VR02 - Native Sonographie
	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
2	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	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)
	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten

2	ZENTRALAMBULANZ
	VI34 - Elektrophysiologie
	VI35 - Endoskopie
	VI20 - Intensivmedizin
	VI38 - Palliativmedizin
	VI39 - Physikalische Therapie
	VI40 - Schmerztherapie
	VI42 - Transfusionsmedizin
3	ENDOSKOPISCHE DIAGNOSTIK UND THERAPIE; GASTROENTEROLOGISCHE FUNKTIONSDIAGNOSTIK
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	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)
	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
	VR04 - Duplexsonographie
	VI35 - Endoskopie
	VR06 - Endosonographie
	VR02 - Native Sonographie
	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
	<i>Kapselendoskopie, Koloskopie, Gastroskopie</i>
4	U.A. DÜNNDARM KAPSELEDOSKOPIE
	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-[9].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	328
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	224
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	52
4	1-653	Diagnostische Proktoskopie	36
5	8-127	Endoskopisches Einlegen und Entfernung eines Magenballons	30
6	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	26
7	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	23

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	5-469	Andere Operationen am Darm	13
9	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	13
10	5-449	Andere Operationen am Magen	7

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:	12,38	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 12,38	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,24	Stationär:	11,14
		Fälle je Anzahl:	206,3

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	5,24		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,24	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,52	Stationär:	4,72
		Fälle je Anzahl:	486,9

B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
2	Allergologie
3	Palliativmedizin
4	Schlafmedizin
5	Diabetologie
6	Notfallmedizin

B-[9].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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

	ANERKANNT FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Praxisanleitung

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Diabetes

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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] Institut für Laboratoriumsmedizin und Klinische Mikrobiologie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Laboratoriumsmedizin und Klinische Mikrobiologie
Straße:	Virchowstraße
Hausnummer:	20
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen
URL:	http://labormedizin.eko.de

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3700) Sonstige Fachabt.

B-[10].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-[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	Transfusionsmedizin
2	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
3	Basislabor und Speziallabor für Serologie und Autoimmundiagnostik, Laboratoriumsmedizin
4	mikrobiologische Diagnostik <i>einschließlich Tuberkuloseuntersuchungen und molekularbiologischer Diagnostik</i>

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	SPRECHSTUNDE FÜR PATIENTEN MIT GERINNUNGSSTÖRUNGEN
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI00 - Laboratoriumsmedizin
	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
	VI42 - Transfusionsmedizin
2	ASV BEI GI-TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
	<i>Kernteam</i>
3	LABORDIAGNOSTIK UND MIKROBIOLOGIE
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

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

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

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:		2,37	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,37	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,24	Stationär:	2,13
			Fälle je Anzahl:	0,0
- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:		2,20		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,20	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,22	Stationär:	1,98
			Fälle je Anzahl:	0,0
BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)				
Anzahl in Personen:		0		
Fälle je Anzahl:		0,0		

B-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Laboratoriumsmedizin
2	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
3	Hygiene und Umweltmedizin
4	Transfusionsmedizin

B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Hämostaseologie
2	Ärztliches Qualitätsmanagement

B-[10].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Hygienebeauftragte in der Pflege
2	Bachelor
3	Intensiv- und Anästhesiepflege

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 Oberhausen 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] Klinik für Kardiologie und Angiologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Kardiologie und Angiologie
Straße:	Virchowstraße
Hausnummer:	20
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen
URL:	http://kardiologie.eko.de

B-[11].1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0300) Kardiologie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Florin Laubenthal , Chefarzt
Telefon:	0208 881 1654
Fax:	0208 881 3162
E-Mail:	florin.laubenthal@eko.de
Adresse:	Virchowstraße 20
PLZ/Ort:	46047 Oberhausen
URL:	http://kardiologie.eko.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 sonstigen Formen der Herzkrankheit
2	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
3	Spezialsprechstunde
4	Intensivmedizin
5	Elektrophysiologie
6	Native Sonographie
7	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
8	Schrittmachereingriffe
9	Duplexsonographie

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
10	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
12	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
13	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
14	Defibrillatoreingriffe
15	Transfusionsmedizin
16	Eindimensionale Dopplersonographie
17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	<i>bei Vasculitis</i>
18	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
19	Sonographie mit Kontrastmittel
20	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
21	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
22	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
	<i>Nur: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien</i>
23	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
	<i>Nur: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen</i>
24	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
25	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	3130
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[11].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	I20	Angina pectoris	675
2	I21	Akuter Myokardinfarkt	322
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	310
4	I50	Herzinsuffizienz	289
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	261
6	R07	Hals- und Brustschmerzen	252
7	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	167
8	R55	Synkope und Kollaps	113
9	R00	Störungen des Herzschlages	67
10	I47	Paroxysmale Tachykardie	53

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	2020
2	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	1916
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1477
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	729
5	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	410
6	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	391
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	381
8	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	379
9	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	344
10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	245

B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	KARDIOLOGISCHE SPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	VI34 - Elektrophysiologie
	<i>Spezielle Untersuchungen und Behandlungen nach Zuweisung durch niedergelassene Kardiologen (Arteriographien, Rechtsherzkatheter, Ultraschall des Herzens).</i>
2	SCHRITTMACHER AMBULANZ, HERZINSUFFIZIENZ, KONSILIARISCHE BERATUNG, CRT-BEHANDLUNG, HERZSCHRITTMACHER, ECHOKARDIOGRAPHIE
	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
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI34 - Elektrophysiologie
	<i>Klärung spezieller Fragestellung zur Funktion von Schrittmachern und Defibrillatoren.</i>
3	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	VI34 - Elektrophysiologie
	VI20 - Intensivmedizin
	VI27 - Spezialsprechstunde
4	PRÄ- UND POSTOPERATIVE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	<i>Durchführung von prä- und postoperativen Leistungen</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	41
2	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	12
3	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	11
4	1-268	Kardiales Mapping	9
5	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	8
6	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	8
7	1-274	Transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	8
8	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	6
9	8-900	Intravenöse Anästhesie	5
10	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	5

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:	16,05	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	42,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 16,05	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,61	Stationär:	14,44
		Fälle je Anzahl:	216,8

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:		10,78	
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit:	10,78	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	1,08	Stationär: 9,70
			Fälle je Anzahl: 322,7

B-[11].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[11].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[11].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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	Pflege in der Onkologie
2	Hygienebeauftragte in der Pflege
3	Praxisanleitung

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE

- 4 Leitung einer Station / eines Bereiches

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN

- | | |
|---|---|
| 1 | Wundmanagement
<i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i> |
| 2 | Palliative Care |

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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] Klinik für Urologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Urologie
Straße:	Virchowstr.
Hausnummer:	20
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen
URL:	http://urologie.eko.de

B-[12].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL

- | | |
|---|-----------------|
| 1 | (2200) Urologie |
|---|-----------------|

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Sebastian Schmidt, Chefarzt Klinik für Urologie
Telefon:	0208 881 1240
Fax:	0208 881 3459
E-Mail:	Sebastian.Schmidt@eko.de
Adresse:	Virchowstr. 20
PLZ/Ort:	46047 Oberhausen
URL:	http://urologie.eko.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	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
3	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
4	Tumorchirurgie
5	Spezialsprechstunde
6	Minimalinvasive endoskopische Operationen
7	Urogynäkologie
8	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
9	Kontinenz- und Beckenboden Zentrum
10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
11	Schmerztherapie
12	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
13	Nierenchirurgie
14	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
15	Kinderurologie
16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
17	Neuro-Urologie
18	Prostatazentrum

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	1587
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[12].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	488
2	N40	Prostatahyperplasie	139
3	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	115
4	N20	Nieren- und Ureterstein	114
5	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	101
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	89
7	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	71
8	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	30
9	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	29
10	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	29

B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	713
2	3-13d	Urographie	558
3	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	309

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
4	8-132	Manipulationen an der Harnblase	299
5	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	291
6	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	260
7	3-206	Native Computertomographie des Beckens	242
8	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	237
9	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	185
10	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	182

B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	<p>URODYNAMISCHE SPRECHSTUNDE, TRANSURORETHRALENBOTOXTHERAPIE, BEHANDLUNG VON BLASENENTLASSUNGSSTÖRUNGEN BEI BECKENBODENFUNKTIONSSTÖRUNGEN, AMBULANTE CHEMOTHERAPIE BEI ONKOLOGISCHEN ERKRANKUNGEN</p>
	<p>Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)</p>
	<p>LEISTUNGEN:</p>
	<p>VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane</p>
	<p>VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz</p>
	<p>VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters</p>
	<p>VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems</p>
	<p>VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems</p>
	<p>VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen</p>
	<p>VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen</p>
	<p>VU09 - Neuro-Urologie</p>
	<p>VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase</p>
	<p>VU17 - Prostatazentrum</p>
	<p>VU18 - Schmerztherapie</p>
	<p>VU13 - Tumorchirurgie</p>
	<p><i>Urologische Diagnostik bzw. Konsiliaruntersuchung auf Zuweisung niedergelassener Urologen. Diagnostik und urologische Behandlung bei Tumorerkrankungen (Durchführung von ambulanten Chemotherapien). Prostatazentrum sowie Kontinenz- und Beckenbodenzentrum</i></p>
2	<p>PRIVATSPRECHSTUNDE BEI UROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN</p>
	<p>Privatambulanz</p>
	<p>LEISTUNGEN:</p>
	<p>VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane</p>
	<p>VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz</p>
	<p>VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters</p>

2	PRIVATSPRECHSTUNDE BEI UROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN
	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
	VU08 - Kinderurologie
	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	VU09 - Neuro-Urologie
	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
	VU17 - Prostatazentrum
	VU18 - Schmerztherapie
	VU13 - Tumorchirurgie
	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
	VG16 - Urogynäkologie
	<i>Diagnostik und Therapie urologischer Erkrankungen bei Kindern und Erwachsenen. Sprechstunde für Patienten mit Harninkontinenz. Prostatazentrum, sowie Kontinenz- und Beckenbodenzentrum.</i>
3	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
	VU08 - Kinderurologie
	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	VU09 - Neuro-Urologie
	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
	VU17 - Prostatazentrum
	VU18 - Schmerztherapie
	VU14 - Spezialsprechstunde
	VU13 - Tumorchirurgie
	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
	<i>Prostatazentrum, sowie Kontinenz- und Beckenbodenzentrum.</i>
4	SPRECHSTUNDE KINDERUROLOGIE KV
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

4	SPRECHSTUNDE KINDERUROLOGIE KV
	LEISTUNGEN:
	VU08 - Kinderurologie
	<i>Diagnostik und Therapie urologischer Erkrankungen bei Kindern auf Zuweisung niedergelassener Urologen oder Kinderärzte.</i>

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]	109
2	5-640	Operationen am Präputium	62
3	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	42
4	3-13d	Urographie	23
5	1-334	Urodynamische Untersuchung	22
6	1-670	Diagnostische Vaginoskopie	21
7	1-464	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen	16
8	5-572	Zystostomie	11
9	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	7
10	8-020	Therapeutische Injektion	5

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.

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)				
Gesamt:		6,32	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	6,32	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,63	Stationär:	5,69
			Fälle je Anzahl:	278,9
- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:		5,20		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	5,20	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,52	Stationär:	4,68
			Fälle je Anzahl:	339,1

B-[12].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[12].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Andrologie
2	Medikamentöse Tumorthherapie
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[12].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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

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 Oberhausen 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] Institut für Pathologie

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Pathologie
Straße:	Virchowstraße
Hausnummer:	20
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen
URL:	http://pathologie.eko.de

B-[13].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Priv. Doz. Dr. med. Andrea Maria Gassel, Chefärztin
Telefon:	0208 881 3150
Fax:	0208 881 3155
E-Mail:	andrea.gassel@eko.de
Adresse:	Virchowstraße 20
PLZ/Ort:	46047 Oberhausen
URL:	http://pathologie.eko.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

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

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[13].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	HISTO-PATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN AMBULANT
	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
2	ASC BEI GI-TUMOREN UND TUMOREN DER BAUCHHÖHLE
	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
	<i>Kernteam</i>
3	TEILNAHME AN MULTIPROFESSIONELLEN 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)

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

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

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:	3,60	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,60	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,36	Stationär:	3,24
		Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	2,04	
Beschäftigungs- verhältnis:	Mit: 2,04	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,20	Stationär: 1,84
		Fälle je Anzahl: 0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)

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

B-[13].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Pathologie

B-[13].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[13].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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

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 Oberhausen 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] Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Straße:	Virchowstraße
Hausnummer:	20
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen
URL:	http://chirurgie.eko.de

B-[14].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[14].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 881 1651
Fax:	0208 881 1119
E-Mail:	heinz-jochen.gassel@eko.de
Adresse:	Virchowstraße 20
PLZ/Ort:	46047 Oberhausen
URL:	http://chirurgie.eko.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	Tumorchirurgie
2	Minimalinvasive endoskopische Operationen
3	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
4	Lungenchirurgie
5	Spezialsprechstunde
6	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
7	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
8	Magen-Darm-Chirurgie
9	Portimplantation
10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
11	Mediastinoskopie
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
13	Endosonographie
14	Native Sonographie
15	Endokrine Chirurgie
16	Thorakoskopische Eingriffe
17	Nierenchirurgie
18	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
19	Duplexsonographie
20	Eindimensionale Dopplersonographie
21	Speiseröhrenchirurgie
22	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
23	Notfallmedizin
24	Chirurgische Intensivmedizin
25	Spezialsprechstunde
26	Operationen wegen Thoraxtrauma

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

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	940
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[14].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	K80	Cholelithiasis	158
2	K40	Hernia inguinalis	103
3	K35	Akute Appendizitis	69
4	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	59
5	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	56
6	K57	Divertikulose des Darmes	51
7	K43	Hernia ventralis	36
8	L05	Pilonidalzyste	33
9	K42	Hernia umbilicalis	29
10	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	29

B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	171
2	5-511	Cholezystektomie	155
3	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	143
4	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	130
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	124
6	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	105
7	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	91

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	87
9	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	70
10	5-470	Appendektomie	69

B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	REFLUX-SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VC58 - Spezialsprechstunde
	<i>Durchführung von Reflux-Diagnostik im Gastrologie-Labor</i>
2	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
	VC21 - Endokrine Chirurgie
	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	VC58 - Spezialsprechstunde
	VC24 - Tumorchirurgie
	<i>Die Zentralambulanz steht allen Patienten jederzeit zur Verfügung.</i>
3	PROKTOLOGISCHE SPRECHSTUNDE PKV
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VC58 - Spezialsprechstunde
	<i>Diagnostik und Therapie von Enddarm- und Analerkrankungen</i>
4	CHIRURGISCH-ONKOLOGISCHE SCHILDDRÜSENSPRECHSTUNDE PKV
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC21 - Endokrine Chirurgie
	<i>Vor- und Nachbereitung bei der chirurgischen Behandlung von endokrinologischen Erkrankungen (vornehmlich Behandlung von onkologischen Schilddrüsenerkrankungen)</i>

5	STOMA-SPRECHSTUNDE PKV
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	<i>Vor- und Nachbereitung bei der chirurgischen Behandlungen, die mit künstlichen Darmausgängen verbunden sind</i>
6	REFLUX-SPRECHSTUNDE PKV
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC58 - Spezialsprechstunde
	<i>Durchführung von Reflux-Diagnostik</i>
7	CHIRURGISCHE ENDOSKOPIE PKV(VORSORGE-KOLOSKOPIEN)
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	<i>Darmspiegelung im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen</i>
8	PROKOTOLOGISCHE 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)
9	PROKTOLOGISCHE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VC58 - Spezialsprechstunde
	<i>Diagnostik und Therapie von Enddarm- und Analerkrankungen</i>
10	STOMA-SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	<i>Vor- und Nachbereitung der chirurgischen Behandlungen, die mit künstlichen Darmausgängen verbunden ist</i>
11	CHIRURGISCH-ONKOLOGISCHE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VC21 - Endokrine Chirurgie
	<i>Vor- und Nachbereitung der chirurgischen Behandlung von endokrinologischen Erkrankungen (vornehmlich Behandlung von onkologischen Schilddrüsenerkrankungen)</i>

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

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:	7,55	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7,55	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,76	Stationär:	6,79
		Fälle je Anzahl:	138,4

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	2,85		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,85	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,28	Stationär:	2,57
		Fälle je Anzahl:	365,8

B-[14].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[14].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[14].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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

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

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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] Klinik für Kinder und Jugendliche

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Kinder und Jugendliche
Straße:	Virchowstraße
Hausnummer:	20
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen

URL: <http://paediatric.eko.de>

B-[15].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1000) Pädiatrie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Andreas Jenke, Chefarzt
Telefon:	0208 881 4221
Fax:	0208 881 4225
E-Mail:	Andreas.Jenke@eko.de
Adresse:	Virchowstraße 20
PLZ/Ort:	46047 Oberhausen
URL:	http://paediatric.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	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
2	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
3	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres <i>In Kooperation mit dem SPZ</i>
5	Eindimensionale Dopplersonographie
6	Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, Diabetesschulung
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>in Kooperation mit dem SPZ</i>
8	Native Sonographie
9	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
	<i>in Kooperation mit dem SPZ</i>
10	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
	<i>in Kooperation mit dem SPZ</i>
11	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	<i>in Kooperation mit dem SPZ</i>
12	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
	<i>In Kooperation mit dem SPZ</i>
13	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
	<i>in Kooperation mit dem SPZ</i>
14	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
	<i>in Kooperation mit dem SPZ</i>
15	Neuropädiatrie
	<i>in Kooperation mit dem SPZ</i>
16	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
	<i>In Kooperation mit dem SPZ</i>
17	Sozialpädiatrisches Zentrum
18	Neonatologie
19	Kindertraumatologie
	<i>in Kooperation mit der Kinderchirurgie</i>
20	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
	<i>in Kooperation mit dem SPZ</i>
21	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
22	Versorgung von Mehrlingen
23	Pädiatrische Psychologie
	<i>in Kooperation mit dem SPZ</i>
24	Spezialsprechstunde
25	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
	<i>in Kooperation mit dem SPZ</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
26	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes <i>in Kooperation mit dem SPZ</i>
28	Neugeborenencreening
29	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
30	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
31	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
32	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
33	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
34	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
35	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen <i>In Kooperation mit dem SPZ</i>
36	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
37	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
38	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen <i>In Kooperation mit dem SPZ</i>
39	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen <i>In Kooperation mit dem SPZ</i>
40	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen <i>In Kooperation mit dem SPZ</i>
41	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
42	Diagnostik und Therapie von Allergien
43	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
44	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
45	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden <i>in Kooperation mit dem SPZ</i>
46	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen <i>In Kooperation mit dem SPZ</i>
47	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute <i>In Kooperation mit dem SPZ</i>

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

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

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

Vollstationäre Fallzahl:	2669
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[15].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	188
2	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	162
3	J21	Akute Bronchiolitis	124
4	J20	Akute Bronchitis	108
5	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	89
6	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen	77
7	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	72
8	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	67
9	Z83	Andere spezifische Krankheiten in der Familienanamnese	58
10	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	57

B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	630
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	512
3	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	321
4	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	268
5	8-903	(Analgo-)Sedierung	161

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
6	8-010	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen	138
7	8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen	124
8	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	113
9	8-015	Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung	111
10	8-560	Lichttherapie	105

B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
2	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>Neugeborenen-Hörscreening BERA</i>
3	ENDOKRINOLOGISCHE SPRECHSTUNDE; KINDERKARDIOLOGISCHE SPRECHSTUNDE; DIABETESZENTRUM; GASTROENTEROLOGISCHE SPRECHSTUNDE; PNEUMOLOGIE UND ALLERGOLOGIE; ULTRASCHALLSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
	VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
	VK01 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
	VK04 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
	VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
	VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien
	VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
	VK29 - Spezialsprechstunde
4	AMBULANZ IM RAHMEN EINES VERTRAGES ZUR INTEGRIERTEN VERSORGUNG NACH § 140B SGB V
	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V
5	DIABETESZENTRUM, KINDER-KARDIOLOGISCHE SPRECHSTUNDE, ENDOKRINOLOGISCHE SPRECHSTUNDE, GASTROENTEROLOGISCHE SPRECHSTUNDE, ULTRASCHALLSPRECHSTUNDE, NEUROLOGISCHE 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)

5	DIABETESZENTRUM, KINDER-KARDIOLOGISCHE SPRECHSTUNDE, ENDOKRINOLOGISCHE SPRECHSTUNDE, GASTROENTEROLOGISCHE SPRECHSTUNDE, ULTRASCHALLSPRECHSTUNDE, NEUROLOGISCHE SPRECHSTUNDE
	LEISTUNGEN:
	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
	VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
	VK01 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
	VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
	VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
	VK25 - Neugeborenencreening
	VK29 - Spezialsprechstunde
6	PNEUMOLOGISCHE UND ALLERGOLOGISCHE SPRECHSTUNDE, DURCHFÜHRUNG VON ANÄSTHESIOLOGISCHER BEHANDLUNG BEI MRT DIAGNOSTIK
	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-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	< 4
2	1-653	Diagnostische Proktoskopie	< 4
3	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4
4	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	< 4
5	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	< 4
6	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	< 4
7	8-903	(Analgo-)Sedierung	< 4
8	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4

B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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:	21,71	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 21,71	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 2,17	Stationär:	19,54
		Fälle je Anzahl:	136,6

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN

Gesamt:	9,26		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 9,26	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,93	Stationär:	8,33
		Fälle je Anzahl:	320,4

B-[15].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie
2	Anästhesiologie
3	Kinder- und Jugendmedizin
4	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie
5	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie
6	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

B-[15].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Diabetologie
3	Röntgendiagnostik - fachgebunden -
4	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie
5	Notfallmedizin

B-[15].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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

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

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

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Still- und Laktationsberatung
	<i>z. B Still- und Laktationsberater (IBCLC)</i>

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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] Geburtshilfe

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Geburtshilfe
Straße:	Virchowstr.
Hausnummer:	20
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen
URL:	http://geburtshilfe.eko.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 Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. med. Bernhard Uhl, Chefarzt
Telefon:	0208 881 4175
Fax:	0208 881 4209
E-Mail:	Bernhard.Uhl@eko.de
Adresse:	Virchowstr. 20
PLZ/Ort:	46047 Oberhausen
URL:	http://geburtshilfe.eko.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	Geburtshilfliche Operationen
2	Ambulante Entbindung
3	Pränataldiagnostik und -therapie
4	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
5	Twinklinik
6	Betreuung von Risikoschwangerschaften
7	Spezialsprechstunde
8	Perinatalzentrum Level 1

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	3329
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[16].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	1163
2	O70	Dammriss unter der Geburt	383

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
3	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	234
4	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	232
5	O80	Spontangeburt eines Einlings	187
6	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	150
7	O42	Vorzeitiger Blasensprung	148
8	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	91
9	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	89
10	O14	Präeklampsie	72

B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	1185
2	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	869
3	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	780
4	5-749	Andere Sectio caesarea	749
5	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	371
6	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	222
7	5-728	Vakuumentbindung	134
8	9-500	Patientenschulung	104
9	9-280	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes	90
10	5-738	Episiotomie und Naht	78

B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	ULTRASCHALL-DIAGNOSTIK; GEBURTSPANUNGS- GESPRÄCHE; SCHWANGERSCHAFTS- BETREUUNG
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
	Vorgeburtliche Ultraschalldiagnostik; Klärung von Fragestellungen zum fetalen Missbildungsausschluss

2	PRÄ- UND POSTOPERATIVE SPRECHSTUNDE
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
	<i>Durchführung von prä- und postoperativen Leistungen</i>
3	ZENTRALAMBULANZ
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
4	ULTRASCHALL, GEBURTSPANUNGSGESPRÄCHE, SCHWANGERSCHAFTSBETREUUNG KV
	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:
	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
	<i>Vorgeburtliche Ultraschalldiagnostik mit Doppler-Untersuchung; Chorionzottenbiopsie; Cordozentese; Amniozentese; Ersttrimesterscreening; Klärung von Fragestellungen zum fetalen Missbildungsausschuss</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:	5,50	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,50	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,55	Stationär:	4,95
		Fälle je Anzahl:	672,5
- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN			
Gesamt:	2,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,20	Stationär:	1,80
		Fälle je Anzahl:	1849,4

B-[16].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
2	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie

B-[16].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Labordiagnostik - fachgebunden -
2	Akupunktur
3	Medikamentöse Tumorthherapie
4	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

B-[16].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Onkologie
3	Hygienebeauftragte in der Pflege
4	Praxisanleitung
5	Bachelor
	<i>B.Sc. Hebammenkunde</i>

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Breast Care Nurse

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

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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-[17] Hämatologie und internistische Onkologie

B-[17].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Hämatologie und internistische Onkologie
Straße:	Virchowstraße
Hausnummer:	20
PLZ:	46047
Ort:	Oberhausen
URL:	http://eko.de/fachabteilungen/klinik-fuer-onkologie-und-haematologie.html

B-[17].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0500) Hämatologie und internistische Onkologie

B-[17].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	PD Dr. med. Jan Schröder, Chefarzt
Telefon:	0208 881 1656
Fax:	0208 881 2628
E-Mail:	Jan.Schroeder@eko.de
Adresse:	Virchowstraße 20
PLZ/Ort:	46047 Oberhausen
URL:	http://eko.de/fachabteilungen/klinik-fuer-onkologie-und-haematologie.html

B-[17].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-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
3	Endosonographie
4	Dialyse
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
6	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
7	Schmerztherapie
8	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
9	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
10	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
11	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
12	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
13	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute <i>Bei Karzinomen / Maligne Erkrankungen</i>
15	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
17	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
18	Onkologische Tagesklinik <i>In Kooperation mit der Onkologischen Praxis PD Dr. Jan Schröder</i>
19	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
20	Native Sonographie
21	Interdisziplinäre Tumornachsorge
22	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
23	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
24	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
25	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
26	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
27	Prostatazentrum
28	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
29	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
30	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
31	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
32	Spezialsprechstunde <i>Onkologische Sprechstunde</i>
33	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
34	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
35	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
36	Duplexsonographie
37	Palliativmedizin <i>2 Palliativzimmer mit geschultem palliativmedizinischem Team (Psychoonkologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberatung, Logopädie, Krankenhausseelsorge, Pflegekräfte, Palliativmediziner, Schmerztherapeuten, ambulanter Palliativpflegedienst, PDL des Hospiz).</i>
38	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
39	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
40	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
41	Intensivmedizin
42	Schmerztherapie
43	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
44	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
45	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
46	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
47	Schmerztherapie
48	Eindimensionale Dopplersonographie
49	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
50	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
51	Transfusionsmedizin
52	Sonographie mit Kontrastmittel

B-[17].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

B-[17].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	288
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[17].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	70
2	C83	Nicht follikuläres Lymphom	19
3	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	13
4	C15	Bösartige Neubildung des Ösophagus	12
5	C90	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen	8
6	C92	Myeloische Leukämie	8
7	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	8
8	C81	Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]	8
9	D47	Sonstige Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhalten des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes	7
10	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	7

B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	134
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	109
3	8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie	81
4	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	78
5	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	78
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	66
7	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	58
8	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	48
9	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	47
10	3-202	Native Computertomographie des Thorax	43

B-[17].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>

B-[17].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-[17].11 Personelle Ausstattung

B-[17].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)					
Gesamt:		5,29		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	0,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	5,29	Ohne:	0,00	
Versorgungsform:	Ambulant:	0,53	Stationär:	4,76	
			Fälle je Anzahl:	60,5	
- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN					
Gesamt:		3,38			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3,38	Ohne:	0,00	
Versorgungsform:	Ambulant:	0,34	Stationär:	3,04	
			Fälle je Anzahl:	94,7	

B-[17].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[17].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[17].11.2 Pflegepersonal

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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-[17].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Onkologie

B-[17].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Breast Care Nurse

B-[17].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Aufgrund der am ev. Krankenhaus Oberhausen 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)	70	100
2	Herzschrittmacherver: Aggregatwechsel (09/2)	25	100
3	Herzschrittmacherver: Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	6	100
4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (09/4)	30	100
5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (09/5)	24	100
6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation (09/6)	13	100
7	Karotis- Revaskularisation (10/2)	37	100
8	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/ 1)	278	100
9	Geburtshilfe (16/1)	1648	99,88
10	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	56	100
11	Mammachirurgie (18/ 1)	264	101,14

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
12	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	327	100
13	Hüftendoprothesenve (HEP)	285	100,35
14	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	265	100
15	Hüftendoprothesenve Hüft- Endoprothesenwechs und - komponentenwechsel (HEP_WE)	22	104,55
16	Knieendoprothesenve (KEP)	218	100
17	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesen- Erstimplantation einschl. Knie- Schlittenprothesen (KEP_IMP)	205	100
18	Knieendoprothesenve : Knieendoprothe- senwechsel und -komponentenwechse (KEP_WE)	13	100
19	Neonatologie (NEO)	384	100,26
20	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	171	99,42

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	<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/. 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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 20,9 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,19 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,18
Grundgesamtheit	50
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	<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 Vorjaheresergebnissen 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 % - 17,89 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,02 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,17 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,2
Grundgesamtheit	70
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	85,56 % - 96,39 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	89,04 % - 89,45 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	88
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	95

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	<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. 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 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	91,7 % - 97,2 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,66 % - 95,81 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	235
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	247

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
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	
Vertrauensbereich	0 % - 5,2 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	1,36 % - 1,53 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	70
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
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	85,63 % - 97,65 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	98,46 % - 98,64 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	63
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	67
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

	<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 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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	85,63 % - 97,65 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	96,72 % - 96,98 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	63
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	67
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

		<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.</p> <p>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>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/eh1150.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 5,42 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,11 % - 0,16 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	67
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

	<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 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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 5,42 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 10,00 %
	Vertrauensbereich	1,48 % - 1,66 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	67
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

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 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 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	95,86 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,02 % - 98,22 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	89
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	89

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

	<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 % - 105,21 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 5,03 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,84 % - 1,11 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,02
	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	↻ 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 % - 43,45 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 3,00 %

Vertrauensbereich 0,87 % - 1,34 %

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 ↻ 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

	<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	88,65 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,28 % - 96,75 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	30
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	30
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

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/>. 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.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	74,38 % - 96,54 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	91,75 % - 92,43 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	27
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	30

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

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

	<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 % - 43,01 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 6,75 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,81 % - 1,1 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,08
	Grundgesamtheit	30
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	80,09 % - 95,98 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	91,4 % - 92 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	49
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	54

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

	<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. 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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	90,98 % - 98,28 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	96,13 % - 96,4 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	120
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	125
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

Vertrauensbereich 0 % - 11,35 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 3,00 %

Vertrauensbereich 0,71 % - 0,94 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 30

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

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

	<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 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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	97,13 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,6 % - 98,78 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	130
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	130
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 % - 98,74 %

BUNDESERGEBNIS

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

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 0
Erwartete Ereignisse 0,03
Grundgesamtheit 13

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

	<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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 6,64 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,44 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,47 % - 0,63 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	54
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 % - 25,88 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich ≤ 3,00 %

Vertrauensbereich 0,35 % - 0,71 %

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 Strukturiertes Dialog erforderlich

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr ↻ unverändert

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

	<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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	4,02 % - 19,91 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 8,69 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	3,2 % - 3,58 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	54
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
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 Strukturiertes 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: 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		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		≥ 95,00 %
Vertrauensbereich		98,02 % - 98,88 %
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

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 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>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	1,28 % - 2,29 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

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
	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.</p> <p>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	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

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	0 % - 48,99 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,7 % - 3,4 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4

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

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/>.

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

	<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 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	0,87 % - 1,15 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,03 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,89 % - 1,12 %

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

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	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/ .
	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	88,97 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,78 % - 99,11 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	31
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	31
	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
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	51,01 % - 100 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	99,68 % - 99,87 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	4

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

	<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>
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

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/>.

Fachlicher Hinweis IQTIG

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %
-------------------	---------------

BUNDESERGEBNIS

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

Vertrauensbereich	2,08 % - 3,59 %
-------------------	-----------------

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
------------------------	---

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

Grundgesamtheit	6
-----------------	---

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-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/>.

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://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Vertrauensbereich	1,11 % - 1,33 %
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

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	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,18
Vertrauensbereich	1,03 % - 1,17 %
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
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	1,45 % - 7,66 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 4,94 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,38 % - 2,56 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	148
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 Strukturierter 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

	<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 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 % - 4,42 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	1,05 % - 1,25 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	83
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
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

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 40,23 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	19,39 % - 20,68 %

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

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	89,16 % - 98,67 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

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

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	74
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	77

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
--	------

	<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-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://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Vertrauensbereich	0 % - 13,32 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,23 % - 0,46 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	25
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	
Vertrauensbereich	91,02 % - 97,93 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,96 % - 97,37 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	103
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	108
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	
	Vertrauensbereich	0,15 % - 0,85 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,22 % - 0,24 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	1380
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-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	90,79 % - 99,77 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	97,18 % - 97,87 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	42
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	43
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
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 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	98,46 % - 99,71 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	99,14 % - 99,21 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	549
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	553
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; Zwilling- 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		
	Vertrauensbereich	0,67 % - 3,63 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	1,01 % - 1,12 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	5
	Erwartete Ereignisse	3,21
	Grundgesamtheit	1380

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: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,62 % - 1,68 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,32
Vertrauensbereich	1,02 % - 1,08 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	10,51
Grundgesamtheit	1479
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; Zwillingso- 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 % - 4,85 %
-------------------	--------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 6,00 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,95 % - 1,18 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,77
Grundgesamtheit	135

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	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/ .
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,9 % - 1,03 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 1,23 (90. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,98 % - 0,99 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	548
	Erwartete Ereignisse	567,95
	Grundgesamtheit	1632
	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

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	6,19 % - 23,63 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 15,00 %
	Vertrauensbereich	13,85 % - 14,4 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	7
	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
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	<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	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,24 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,01 % - 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	↻ 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 % - 7,57 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 4,28 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,83 % - 0,99 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,47
	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
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	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,17 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,96 % - 1,01 %
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
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 Knocheile 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>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	1,36 % - 4,73 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,07 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	1 % - 1,07 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	3,05
Grundgesamtheit	56
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
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 Knocheile 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 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	
Vertrauensbereich	93,12 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 85,00 %
Vertrauensbereich	95,16 % - 95,52 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	52
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	52

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-qualitaetsindikatorreferenzbereich 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 % - 16,11 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,04 % - 0,19 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	20
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	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 8,20 % (80. Perzentil)
Vertrauensbereich	5,42 % - 6,71 %
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
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	<p>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/.</p>
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	89,08 % - 96,63 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	97,34 % - 97,57 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	153
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	163
	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	88,45 % - 98,57 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,23 % - 96,63 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	69
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	72

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	8 % - 18,77 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	12,86 % - 13,38 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	18
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	145
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-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/>.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich 61,85 % - 98,89 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich $\geq 95,00$ %

Vertrauensbereich 97,76 % - 98,1 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 8

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 9

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr

U33 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog/Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)

Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

↔ 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	97,36 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	99,14 % - 99,38 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	86
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	86

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	<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 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>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	1,46 % - 2,22 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	87
Erwartete Ereignisse	48,33
Grundgesamtheit	18565
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	<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	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	<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 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 Vorjaheresergebnissen 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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 3,12 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,06 % - 1,14 %

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
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	96,5 % - 99,73 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,05 % - 97,2 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	202
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	204
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	73,2 % - 97,58 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 86,00 %
	Vertrauensbereich	91,99 % - 92,72 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	21
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	23
	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
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

Vertrauensbereich	4,59 % - 19,84 %
-------------------	------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 15,00 %
Vertrauensbereich	13,48 % - 14,03 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	61

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

Vorbeugende 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	97,57 % - 99,92 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 85,00 %
	Vertrauensbereich	95,72 % - 95,9 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	228
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	229
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	95,04 % - 99,23 %
-------------------	-------------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	98,03 % - 98,16 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	199
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	203

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	0,53 % - 1,75 %
-------------------	-----------------

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,40 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,02 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	10,31
Grundgesamtheit	259

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	<p>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/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,19 % - 0,23 %
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

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 Strukturiertes 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	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 15,15 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	5,84 % - 6,54 %
	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

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
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		2,58 % - 15,68 %
BUNDESERGEBNIS		
Bundesdurchschnitt		-1
Referenzbereich		≤ 11,41 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich		4,45 % - 4,79 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		4
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		61
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

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	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 7,50 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	2,28 % - 2,42 %
	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

88	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (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 % - 22,81 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 10,37 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	2,95 % - 3,55 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	13
	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	96,72 % - 99,9 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	97,75 % - 97,9 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	168
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	169
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
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	89,28 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	96,17 % - 96,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	32
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
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	77,19 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 86,00 %
Vertrauensbereich	92,87 % - 93,72 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	13
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	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierter 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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	91,25 % - 97,33 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	92,79 % - 93,04 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	195
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	205

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
	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 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 % - 2,99 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,79 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,83 % - 0,95 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	1,26
	Grundgesamtheit	216
	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 % - 1,84 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 3,89 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1 % - 1,1 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	205
	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 % - 22,81 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 13,33 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	4,25 % - 4,96 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	13
	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 % - 1,93 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	195
	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

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	98,39 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 98,54 % (5. Perzentil)
	Vertrauensbereich	99,76 % - 99,81 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	185
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	185
	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

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	<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 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/. 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>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,89 % - 1,09 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

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
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<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 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>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,81 % - 1,05 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

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	<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 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/. 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>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,87 % - 1,04 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

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	<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>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,19 % - 1,22 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,79 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,87 % - 0,97 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	8,32
	Grundgesamtheit	322
	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

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	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	
	Vertrauensbereich	0,3 % - 1,89 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,54 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,87 % - 0,98 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	5,27
	Grundgesamtheit	139
	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

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	
	Vertrauensbereich	92,65 % - 97,06 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	97,77 % - 97,95 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	347
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	364
	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

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.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	2,53 % - 5,91 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≤ 2,52 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,9 % - 1,05 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	16
	Erwartete Ereignisse	4,04
	Grundgesamtheit	73

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	A99 - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ auffällig: 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	SOP entwickeln
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	<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 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 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/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,25 % - 1,14 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 2,04 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,92 % - 0,98 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	11,27
Grundgesamtheit	301
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	<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 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/.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 1,31 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,31 % - 0,38 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	289

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	<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 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 Vorjaheresultaten 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>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	3 % - 3,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

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 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 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>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	3,03 % - 3,91 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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:</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>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	5,07 % - 6,07 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	3,6 % - 4,34 %

FALLZAHL

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

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 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: 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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,84 % - 1,01 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,91 % - 2,43 %

FALLZAHL

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

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 Indexindicators "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>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	0,8 % - 1,02 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
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

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.

Fachlicher Hinweis IQTIG

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Vertrauensbereich

0,33 % - 1,3 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,91 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,88 % - 0,98 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	10,41
Grundgesamtheit	74
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
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/ .
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	14,06 % - 33,71 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 21,74 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	9,58 % - 10,53 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	67
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
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 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.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	93,3 % - 98,74 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	165
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	170
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	93,3 % - 98,74 %
BUNDESERGEBNIS		
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	98,49 % - 98,58 %
FALLZAHL		
	Beobachtete Ereignisse	165
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	170
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

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,56 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
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	<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. 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.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	86,66 % - 95,62 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,01 % - 95,18 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	131
Erwartete Ereignisse	-
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

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	93,09 % - 99,77 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	93,74 % - 93,99 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	77
	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
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 93,72 % - 99,51 %

BUNDESERGEBNIS

Bundesdurchschnitt -1

Referenzbereich $\geq 95,00\%$

Vertrauensbereich 95,47 % - 95,66 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse 110

Erwartete Ereignisse -

Grundgesamtheit 112

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

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 95,69 % - 99,67 %

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Vertrauensbereich	96,42 % - 96,55 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	163
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	165
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

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	0,93 % - 1,97 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	≤ 1,58 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	16,81
Grundgesamtheit	170
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

	DMP
1	Diabetes mellitus Typ 1
	<i>Kinder- und Jugendmedizin</i>
2	Diabetes mellitus Typ 2
	<i>Kinder- und Jugendmedizin</i>

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich:	Qualitätssicherung in der Pathologie EKO.
Bezeichnung des Qualitätsindikators:	Präparatnachmusterung Q-Zirkel, Ringversuche QuiP, Konsiliarfälle - Zweitmeinung
Ergebnis:	100%
Messzeitraum:	2018

Datenerhebung:	Interne Auswertung sämtlicher Qualitätsindikatoren. Managementreview Pathologie Institut.
Rechenregeln:	
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:	Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1
Erbrachte Menge:	46
Ausnahme:	MM05: Keine Ausnahme
Ausnahme-Datum:	
Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Erbrachte Menge:	183
Ausnahme:	MM05: Keine Ausnahme
Ausnahme-Datum:	

C-5.2 Leistungsbereiche, für die im Prognosejahr gemäß Mindestmengenregelungen Mindestmengen erbracht werden sollen

Bezeichnung:	Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	46
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	40
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:	183
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	180
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 Bauchaortenaneurysma
2 Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen - Perinatalzentrum LEVEL 1

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL:

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II. 2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt?	Ja
Nimmt das Zentrum am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie teil?	Ja
Hat das Zentrum den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie abgeschlossen?	Nein

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):	110
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	76
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	76

* 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).