Qualitätsbericht 2024
Evangelisches Krankenhaus Oberhausen GmbH

INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	17
	Einleitung	17
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	18
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	18
A-1.2	Leitung des Krankenhauses/Standorts	18
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	19
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	19
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	19
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	21
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	22
A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	22
A-7.2	Aspekte der Barrierefreiheit	22
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	23
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	23
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	24
A-9	Anzahl der Betten	24
A-10	Gesamtfallzahlen	24
A-11	Personal des Krankenhauses	24
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	24
A-11.2	Pflegepersonal	25
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	27
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	29
A-12.1	Qualitätsmanagement	29
A-12.1.1	Verantwortliche Person	29
A-12.1.2	Lenkungsgremium	30

A-12.2	Klinisches Risikomanagement	30
A-12.2.1	Verantwortliche Person	30
A-12.2.2	Lenkungsgremium	30
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	30
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	31
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	32
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	32
A-12.3.1	Hygienepersonal	33
A-12.3.1.1	Hygienekommission	33
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	33
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	34
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	34
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	35
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	36
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	36
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	36
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	37
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	39
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	39
A-12.5.2	Verantwortliche Person	39
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	39
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	39
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	40
A-13	Besondere apparative Ausstattung	42
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	43

A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	43
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	44
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	44
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	44
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	45
B-[0100]	Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie	45
B-[0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	45
B-[0100].1.1	Fachabteilungsschlüssel	45
B-[0100].1.2	Ärztliche Leitung	45
B-[0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	46
B-[0100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	46
B-[0100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	47
B-[0100].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	48
B-[0100].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	49
B-[0100].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	50
B-[0100].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	51
B-[0100].8.2	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	53
B-[0100].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	53
B-[0100].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	54
B-[0100].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	54
B-[0100].11	Personelle Ausstattung	54
B-[0100].11.1	Ärzte und Ärztinnen	54
B-[0100].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	55
B-[0100].11.1.2	Zusatzweiterbildung	55
B-[0200]	Klinik für Geriatrie	56

B-[0200].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	56
B-[0200].1.1	Fachabteilungsschlüssel	56
B-[0200].1.2	Ärztliche Leitung	56
B-[0200].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	57
B-[0200].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	57
B-[0200].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	58
B-[0200].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	58
B-[0200].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	60
B-[0200].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	61
B-[0200].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	61
B-[0200].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	62
B-[0200].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	62
B-[0200].11	Personelle Ausstattung	62
B-[0200].11.1	Ärzte und Ärztinnen	62
B-[0200].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	63
B-[0200].11.1.2	Zusatzweiterbildung	63
B-[0300]	Klinik für Kardiologie, Angiologie und Intensivmedizin	64
B-[0300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	64
B-[0300].1.1	Fachabteilungsschlüssel	64
B-[0300].1.2	Ärztliche Leitung	64
B-[0300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	65
B-[0300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	65
B-[0300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	66
B-[0300].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	67
B-[0300].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	68

B-[0300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 69
B-[0300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 70
B-[0300].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 71
B-[0300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 72
B-[0300].11 Personelle Ausstattung 72
B-[0300].11.1 Ärzte und Ärztinnen 72
B-[0300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 72
B-[0300].11.1.2 Zusatzweiterbildung 73
B-[1000] Klinik für Kinder und Jugendliche 74
B-[1000].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 74
B-[1000].1.1 Fachabteilungsschlüssel 74
B-[1000].1.2 Ärztliche Leitung 74
B-[1000].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 75
B-[1000].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 75
B-[1000].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 78
B-[1000].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 78
B-[1000].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 80
B-[1000].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 81
B-[1000].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 82
B-[1000].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 84
B-[1000].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 84
B-[1000].11 Personelle Ausstattung 84
B-[1000].11.1 Ärzte und Ärztinnen 84
B-[1000].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 85
B-[1000].11.1.2 Zusatzweiterbildung 85
B-[1300] Klinik für Kinderchirurgie 87

B-[1300].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	87
B-[1300].1.1	Fachabteilungsschlüssel	87
B-[1300].1.2	Ärztliche Leitung	87
B-[1300].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	88
B-[1300].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	88
B-[1300].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	91
B-[1300].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	91
B-[1300].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	93
B-[1300].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	94
B-[1300].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	95
B-[1300].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	96
B-[1300].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	97
B-[1300].11	Personelle Ausstattung	97
B-[1300].11.1	Ärzte und Ärztinnen	97
B-[1300].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	97
B-[1300].11.1.2	Zusatzweiterbildung	98
B-[1500]	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	99
B-[1500].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	99
B-[1500].1.1	Fachabteilungsschlüssel	99
B-[1500].1.2	Ärztliche Leitung	99
B-[1500].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	100
B-[1500].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	100
B-[1500].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	101
B-[1500].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	101
B-[1500].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	102

B-[1500].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	104
B-[1500].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	105
B-[1500].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	106
B-[1500].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	106
B-[1500].11	Personelle Ausstattung	106
B-[1500].11.1	Ärzte und Ärztinnen	106
B-[1500].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	107
B-[1500].11.1.2	Zusatzweiterbildung	107
B-[1600]	Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	108
B-[1600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	108
B-[1600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	108
B-[1600].1.2	Ärztliche Leitung	108
B-[1600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	109
B-[1600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	109
B-[1600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	111
B-[1600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	111
B-[1600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	112
B-[1600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	114
B-[1600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	115
B-[1600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	119
B-[1600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	120
B-[1600].11	Personelle Ausstattung	120
B-[1600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	120
B-[1600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	121
B-[1600].11.1.2	Zusatzweiterbildung	121

B-[1800] Klinik für Gefäßchirurgie, Endovaskuläre Chirurgie und Phlebologie 122
B-[1800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 122
B-[1800].1.1 Fachabteilungsschlüssel 122
B-[1800].1.2 Ärztliche Leitung 122
B-[1800].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 123
B-[1800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 123
B-[1800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 124
B-[1800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 124
B-[1800].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 125
B-[1800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 127
B-[1800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 128
B-[1800].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 129
B-[1800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 129
B-[1800].11 Personelle Ausstattung 130
B-[1800].11.1 Ärzte und Ärztinnen 130
B-[1800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 130
B-[1800].11.1.2 Zusatzweiterbildung 130
B-[2200] Klinik für Urologie 131
B-[2200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 131
B-[2200].1.1 Fachabteilungsschlüssel 131
B-[2200].1.2 Ärztliche Leitung 131
B-[2200].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 132
B-[2200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 132
B-[2200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 133
B-[2200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 133

B-[2200].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 134
B-[2200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 136
B-[2200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 137
B-[2200].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 141
B-[2200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 141
B-[2200].11 Personelle Ausstattung 141
B-[2200].11.1 Ärzte und Ärztinnen 141
B-[2200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 142
B-[2200].11.1.2 Zusatzweiterbildung 142
B-[2425] Klinik für Frauenheilkunde 143
B-[2425].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 143
B-[2425].1.1 Fachabteilungsschlüssel 143
B-[2425].1.2 Ärztliche Leitung 143
B-[2425].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 144
B-[2425].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 144
B-[2425].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 145
B-[2425].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 145
B-[2425].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 147
B-[2425].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 148
B-[2425].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 150
B-[2425].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 153
B-[2425].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 154
B-[2425].11 Personelle Ausstattung 154
B-[2425].11.1 Ärzte und Ärztinnen 154
B-[2425].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 155
B-[2425].11.1.2 Zusatzweiterbildung 155

B-[3600]	Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin	156
B-[3600].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	156
B-[3600].1.1	Fachabteilungsschlüssel	156
B-[3600].1.2	Ärztliche Leitung	156
B-[3600].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	157
B-[3600].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	157
B-[3600].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	157
B-[3600].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	157
B-[3600].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	157
B-[3600].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	157
B-[3600].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	157
B-[3600].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	158
B-[3600].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	158
B-[3600].11	Personelle Ausstattung	158
B-[3600].11.1	Ärzte und Ärztinnen	158
B-[3600].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	158
B-[3600].11.1.2	Zusatzweiterbildung	159
B-[3751]	Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	160
B-[3751].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	160
B-[3751].1.1	Fachabteilungsschlüssel	160
B-[3751].1.2	Ärztliche Leitung	160
B-[3751].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	161
B-[3751].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	161
B-[3751].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	162

B-[3751].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 162
B-[3751].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 162
B-[3751].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 162
B-[3751].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 163
B-[3751].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 163
B-[3751].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 163
B-[3751].11 Personelle Ausstattung 163
B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen 163
B-[3751].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 164
B-[3751].11.1.2 Zusatzweiterbildung 164
B-[3790] Sozialpädiatrisches Zentrum Oberhausen 165
B-[3790].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 165
B-[3790].1.1 Fachabteilungsschlüssel 165
B-[3790].1.2 Ärztliche Leitung 165
B-[3790].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 166
B-[3790].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 166
B-[3790].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 167
B-[3790].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 167
B-[3790].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 167
B-[3790].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 167
B-[3790].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 168
B-[3790].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 172
B-[3790].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 172
B-[3790].11 Personelle Ausstattung 172
B-[3790].11.1 Ärzte und Ärztinnen 172
B-[3790].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 173

B-[3790].11.1.2	Zusatzweiterbildung	173
B-[3791]	Institut für Laboratoriumsmedizin und Klinische Mikrobiologie	174
B-[3791].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	174
B-[3791].1.1	Fachabteilungsschlüssel	174
B-[3791].1.2	Ärztliche Leitung	174
B-[3791].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	175
B-[3791].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	175
B-[3791].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	176
B-[3791].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	176
B-[3791].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	176
B-[3791].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	176
B-[3791].8.1	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	176
B-[3791].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	177
B-[3791].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	177
B-[3791].11	Personelle Ausstattung	177
B-[3791].11.1	Ärzte und Ärztinnen	177
B-[3791].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	178
B-[3791].11.1.2	Zusatzweiterbildung	178
B-[3700]	Institut für Pathologie	179
B-[3700].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	179
B-[3700].1.1	Fachabteilungsschlüssel	179
B-[3700].1.2	Ärztliche Leitung	179
B-[3700].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	180
B-[3700].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	180
B-[3700].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	180

B-[3700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 180
B-[3700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 180
B-[3700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 180
B-[3700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 181
B-[3700].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe 181
B-[3700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 181
B-[3700].11 Personelle Ausstattung 181
B-[3700].11.1 Ärzte und Ärztinnen 181
B-[3700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung 182
B-[3700].11.1.2 Zusatzweiterbildung 182
B-[3700-1] Zentrale Notaufnahme 183
B-[3700-1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 183
B-[3700-1].1.1 Fachabteilungsschlüssel 183
B-[3700-1].1.2 Ärztliche Leitung 183
B-[3700-1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 183
B-[3700-1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 184
B-[3700-1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 184
B-[3700-1].6 Hauptdiagnosen nach ICD 184
B-[3700-1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 184
B-[3700-1].6.2 Kompetenzdiagnosen 184
B-[3700-1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 184
B-[3700-1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 185
B-[3700-1].7.2 Kompetenzprozeduren 185
B-[3700-1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 185
B-[3700-1].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17) 185
B-[3700-1].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17) 185
B-[3700-1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 185

B-[3700-1].9.1	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	185
B-[3700-1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	185
B-[3700-1].11	Personelle Ausstattung	186
B-[3700-1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	186
B-[3700-1].11.1.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	186
B-[3700-1].11.1.2	Zusatzweiterbildung	186
C	Qualitätssicherung	187
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	187
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	187
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	189
C-1.2.A	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	189
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	351
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	351
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	352
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	352
C-5.1	Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind	352
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	353
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	353
C-6.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	353
C-6.2	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen	354

	Femurfraktur (QSFFx-RL)		
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	.....	356
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	.....	356
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	.....	357
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	.....	359
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)	.....	360
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	.....	361

Vorwort

Einleitung

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dr. Peter Quaschner
Telefon	0208 881 4801
Fax	0208 881 4809
E-Mail	peter.quaschner@eko.de
Für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Unternehmensqualität
Titel, Vorname, Name	Christian Beck
Telefon	0208 309 2203
Fax	0208 309 3118
E-Mail	christian.beck@ategris.de

Links

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

Weiterführende Links

#	URL	Beschreibung
1	https://eko.de/kliniken-zentren/zentren/endoprothetikzentrum	EndoProthetikZentrum EKO
2	http://bzmo.de	Brustzentrum Mülheim Oberhausen
3	https://eko.de/kliniken-zentren/zentren/prostatazentrum-rhein-ruhr	Prostatazentrum Rhein-Ruhr
4	https://eko.de/kliniken-zentren/zentren/diabeteszentrum	Diabeteszentrum
5	https://eko.de/kliniken-zentren/zentren/traumazentrum	Regionales Traumazentrum
6	https://eko.de/kliniken-zentren/zentren/perinatalzentrum-level-i	Perinatalzentrum
7	https://gutundgerne-mh.de	Gastronomiepartner

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Evangelisches Krankenhaus Oberhausen GmbH
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
Straße	Virchowstraße
Hausnummer	20
IK-Nummer	260510815
Standort-Nummer	771679000
Telefon-Vorwahl	0208
Telefon	8810
E-Mail	info@eko.de
Krankenhaus-URL	http://www.eko.de

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dr. Peter Quaschner
Telefon	0208 881 4801
Fax	0208 881 4809
E-Mail	Peter.Quaschner@eko.de
Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Florin Laubenthal
Telefon	0208 881 1654
Fax	0208 881 3162
E-Mail	Florin.Laubenthal@eko.de
Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Claudia Castiglione
Telefon	0208 881 1053
Fax	0208 881 1059
E-Mail	Claudia.Castiglione@eko.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Evangelisches Krankenhaus Oberhausen GmbH
Träger-Art	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

Universität Duisburg - Essen

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP02 - Akupunktur *Wird in der Frauenklinik angeboten.*
2	MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare *Familiale Pflege.*
3	MP04 - Atemgymnastik/-therapie *Physiotherapie, und Pflegekräfte mit atemtherapeutischer Weiterbildung*
4	MP06 - Basale Stimulation
5	MP12 - Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
6	MP26 - Medizinische Fußpflege *In Kooperation mit einem externen Anbieter.*
7	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden *Palliative Care, Seelsorge*
8	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie *Bewegungstherapie*
9	MP10 - Bewegungsbad/Wassergymnastik
10	MP37 - Schmerztherapie/-management
11	MP50 - Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
12	MP67 - Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder
13	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie *in Kooperation*
14	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot *Beratung durch Breast-Care-Nurses; Pflegeexperten*

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
15	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
16	MP45 - Stomatherapie/-beratung *in Kooperation*
17	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik *in Kooperation*
18	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
19	MP51 - Wundmanagement
20	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
21	MP36 - Säuglingspflegekurse
22	MP21 - Kinästhetik
23	MP43 - Stillberatung *Zertifizierte Still- und Laktationsberater (IBCLC)*
24	MP41 - Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen
25	MP05 - Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
26	MP30 - Pädagogisches Leistungsangebot
27	MP19 - Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
28	MP55 - Audiometrie/Hördiagnostik *Hörtest für Neugeborene.*
29	MP65 - Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
30	MP14 - Diät- und Ernährungsberatung
31	MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie
32	MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
33	MP25 - Massage
34	MP59 - Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining *Wird von der Ergotherapie angeboten.*
35	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
36	MP24 - Manuelle Lymphdrainage
37	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst *in Anstellung*
38	MP63 - Sozialdienst
39	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
40	MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
41	MP13 - Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen *Diabetikerschulung Erwachsene und Kinder; Diabetische Podologie bei Diabetikern.*
42	MP69 - Eigenblutspende

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
43	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit *Regelmäßige Vorträge zu Gesundheitsthemen*
44	MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie *Manuelle Therapie und manuelle Lymphdrainage*
45	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
46	MP27 - Musiktherapie *Musiktherapie für Kinder*
47	MP62 - Snoezelen

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM49: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
2	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
3	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) *Es besteht die Möglichkeit der Aufnahme des Kindes als Begleitperson bzw. einer Pflegekraft.*
4	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
5	NM50: Kinderbetreuung *Zu bestimmten Tageszeiten stehen Erzieherinnen und Klinikclowns für die Patienten zur Verfügung.*
6	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung *Zusätzlich: Gebetsraum für Muslime, Andachtsraum*
7	NM40: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen *Grüne Damen*
8	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
9	NM10: Zwei-Bett-Zimmer
10	NM62: Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung
11	NM64: Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet
12	NM63: Schule im Krankenhaus *Beschäftigungsangebote vor Ort durch Erzieherinnen*
13	NM07: Rooming-in
14	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
15	NM05: Mutter-Kind-Zimmer *Familienzimmer*
16	NM02: Ein-Bett-Zimmer

#	Leistungsangebot
17	NM68: Abschiedsraum
18	NM69: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Zentrale Dienste
Titel, Vorname, Name	Michael Walther
Telefon	0208 309 2011
Fax	0208 309 2005
E-Mail	michael.walther@ategris.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
2	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
3	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
4	BF14 - Arbeit mit Piktogrammen
5	BF02 - Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift *teilweise*
6	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
7	BF11 - Besondere personelle Unterstützung
8	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
9	BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße *bis 200kg Körpergewicht*
10	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische *Schwerlastsäule und OP-Tisch bis 250kg Körpergewicht*
11	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
12	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
13	BF25 - Dolmetscherdienst *Auf Anfrage*

#	Aspekte der Barrierefreiheit
14	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
15	BF24 - Diätetische Angebote
16	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
17	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) *Spezielle Betten können über einen externen Dienstleister bestellt werden.*
18	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
19	BF15 - Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
20	BF29 - Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
21	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung *z.B. Andachtsraum*
22	BF33 - Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
23	BF34 - Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
24	BF35 - Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen
25	BF37 - Aufzug mit visueller Anzeige
26	BF41 - Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme
27	BF36 - Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) *PJ Ausbildung Uniklinikum Essen*
2	FL06 - Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
3	FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten *an den Universitäten Würzburg, Düsseldorf, RWTH Aachen, Hannover, Mainz, Duisburg.*
4	FL02 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
5	FL08 - Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
6	FL09 - Doktorandenbetreuung
7	FL07 - Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
8	FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten *Projekt mit der Universität Duisburg - Essen: Herzinsuffizienz-Ruhr*

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	HB20 - Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.
2	HB19 - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
3	HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
4	HB10 - Entbindungspfleger und Hebamme
5	HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)
6	HB21 - Altenpflegerin, Altenpfleger
7	HB02 - Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin *Vor Ort: Zentrale Praxisanleitung und Ausbildungsbegleiter*

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	455

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	23901
Teilstationäre Fallzahl	42
Ambulante Fallzahl	51170
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	40

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt				170,27
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	170,27	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	20,54	**Stationär**	149,73

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt				87,45
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	87,45	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	12,91	**Stationär**	74,54

A-11.2 Pflegepersonal

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten				0

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				315,03
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	312,09	**Ohne**	2,94
Versorgungsform	**Ambulant**	31,5	**Stationär**	283,53
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				315,03
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	312,09	**Ohne**	2,94
Versorgungsform	**Ambulant**	31,5	**Stationär**	283,53

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				112,93
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	112,78	**Ohne**	0,15
Versorgungsform	**Ambulant**	11,29	**Stationär**	101,64
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				112,93
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	112,78	**Ohne**	0,15
Versorgungsform	**Ambulant**	11,29	**Stationär**	101,64

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				26,96
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	26,96	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	2,7	**Stationär**	24,26
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				26,96
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	26,96	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	2,7	**Stationär**	24,26

Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (3 Jahre Ausbildungsdauer)

Gesamt				41,91

Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	41,91	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	4,19	**Stationär**	37,72
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				41,91
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	41,91	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	4,19	**Stationär**	37,72

Pflegefachfrauen B. Sc. und Pflegefachmänner B. Sc. (7-8 Semester)

Gesamt				1,25
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0	**Ohne**	1,25
Versorgungsform	**Ambulant**	0,13	**Stationär**	1,12
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				1,25
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0	**Ohne**	1,25
Versorgungsform	**Ambulant**	0,13	**Stationär**	1,12

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				4,47
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	4,47	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,45	**Stationär**	4,02
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				4,47
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	4,47	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,45	**Stationär**	4,02

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften

Gesamt				8,57
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	8,57	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,86	**Stationär**	7,71
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				8,57
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	8,57	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,86	**Stationär**	7,71

Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				22,56
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	22,56	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	2,26	**Stationär**	20,3
Ohne Fachabteilungszuordnung				

Gesamt				22,56
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	22,56	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	2,26	**Stationär**	20,3

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				15,71
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	15,71	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	1,57	**Stationär**	14,14
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				15,71
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	15,71	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	1,57	**Stationär**	14,14

Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Gesamt				3,58
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,58	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,36	**Stationär**	3,22
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				3,58
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,58	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,36	**Stationär**	3,22

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Gesamt				53,97
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	53,97	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	5,4	**Stationär**	48,57
Ohne Fachabteilungszuordnung				
Gesamt				53,97
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	53,97	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	5,4	**Stationär**	48,57

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

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

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Gesamt				5,52
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	5,52	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,55	**Stationär**	4,97

SP06 - Erzieherin und Erzieher

Gesamt				2,27
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	2,27	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,23	**Stationär**	2,04

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

Gesamt				0,69
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,69	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,07	**Stationär**	0,62

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Gesamt				1,66
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,66	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,17	**Stationär**	1,49

SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

Gesamt				1,93
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,93	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,19	**Stationär**	1,74

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Gesamt				14,38
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	14,38	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	1,44	**Stationär**	12,94

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Gesamt				7,03
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	7,03	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,7	**Stationär**	6,33

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Gesamt				0,99
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,99	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,1	**Stationär**	0,89

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Gesamt				5,03
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	5,03	**Ohne**	0

Versorgungsform	**Ambulant**	0,5	**Stationär**	4,53

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Gesamt				0,46
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,46	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,05	**Stationär**	0,41

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Gesamt				0,5
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	0,5	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,05	**Stationär**	0,45

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Gesamt				3,05
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,05	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,31	**Stationär**	2,74

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

Gesamt				33,06
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	33,06	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	3,31	**Stationär**	29,75

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

Gesamt				9,82
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	9,82	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,98	**Stationär**	8,84

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitung Unternehmensqualität
Titel, Vorname, Name	Lara Podewils
Telefon	0208 309 2202
Fax	0208 309 3118
E-Mail	lara.podewils@ategris.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	Qualitätskonferenz - Geschäftsführung, Pflegedirektion und Chefärzte/ innen
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht	ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
2	RM03: Mitarbeiterbefragungen
3	RM04: Klinisches Notfallmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Krankenhausalarm- und Einsatzplan EKO **Letzte Aktualisierung:** 13.02.2023
4	RM05: Schmerzmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Systemische Schmerztherapie Erwachsene **Letzte Aktualisierung:** 12.04.2020

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
5	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Dekubitusstandard bei Aufnahme und Entlassung **Letzte Aktualisierung:** 20.01.2020
6	RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Fixierungsprotokoll **Letzte Aktualisierung:** 02.07.2021
7	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
8	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
9	RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
10	RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Dienstanweisung Seitenkennzeichnung **Letzte Aktualisierung:** 01.11.2016
11	RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Allgemeine postoperative Versorgung **Letzte Aktualisierung:** 23.04.2014
12	RM18: Entlassungsmanagement **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Standard Entlassmanagement **Letzte Aktualisierung:** 15.02.2015
13	RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor **Name der Verfahrensbeschreibung/SOP:** Verfahrens- ; Dienst- und Arbeitsanweisungen im Dokumentenlenkungssystem **Letzte Aktualisierung:** 03.08.2022

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- ☑ Tumorkonferenzen
- ☑ Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- ☑ Pathologiebesprechungen
- ☑ Palliativbesprechungen
- ☑ Qualitätszirkel

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen **Frequenz:** bei Bedarf
2	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem **Frequenz:** bei Bedarf
3	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor **Letzte Aktualisierung:** 14.03.2022

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, Patientenbefragung, digitale Patientenakte seit 2014/2015, Teilnahme an übergreifenden Fehlermeldesystemen seit 2017, Risikoanalyse seit 2017/2018, Room of Horror-Szenario zum Sensibilisieren von Fehlern

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	EF06: CIRS NRW (Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer)

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

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	13
Erläuterungen	Dem Krankenhaus stehen 13 hygienebeauftragte Ärzte/ Ärztinnen zur Verfügung.

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	4
Erläuterungen	Dem Krankenhaus stehen 4 Hygienefachkräfte zur Verfügung.

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
Anzahl (in Personen)	53
Erläuterungen	34 mit Zertifikat für Hygienebeauftragte in der Pflege.

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin klinische Mikrobiologie/ Chefärztin Krankenhaushygiene
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Britt Hornei
Telefon	0208 881 3451
Fax	0208 881 3459
E-Mail	Britt.Hornei@eko.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl	Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl	Ja

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

Auswahl	Ja

Der Standard (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl	Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor	Ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
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
3	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	Ja

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

Auswahl	Ja

Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe 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 Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben	Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag)	30

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen	Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag)	158

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl	Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

#	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

Das Evangelische Krankenhaus Oberhausen nimmt neben den unten angegebenen KISS

zusätzlich am ITS-KISS und am MRE-KISS für die Intensivstation teil.

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen **Frequenz:** jährlich
2	HM02: Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
3	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten **Frequenz:** jährlich
4	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände" (ASH) **Teilnahme ASH:** Zertifikat Bronze
5	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen **Name:** SOP`s im QM-Handbuch Hygienemanagement *Teilnahme an: - MRE-Netzwerk Oberhausen - MRE-Netzwerk NRW*

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

- ☑ HAND-KISS
- ☑ CDAD-KISS
- ☑ MRSA-KISS
- ☑ NEO-KISS
- ☑ OP-KISS

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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).	Ja *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.*

Lob- und Beschwerdemanagement

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

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Beschwerdebeauftragte
Titel, Vorname, Name	Elisabeth Kuhl

Telefon	0208 881 3582
E-Mail	Beschwerdemanagement@eko.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name	Joachim Deterding
Telefon	0208 682944
E-Mail	Joachim.deterding@ev-kirche-ks.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums	Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	nein

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	3
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	3
Erläuterungen	Vorsitzender AMK / Leitung Apotheke Herr Ingo Eßer Telefon 0208/ 3092260 E-Mail Ingo.esser@evkmh.de

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
2	AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln
3	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
4	AS11: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
5	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
6	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
7	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS09: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

☑ Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung
☑ Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
☑ Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
☑ Sonstiges: Es werden nur Zytostatika mit pharmazeutischem Personal hergestellt, Fettspritzen (Mischung Vitamine und Fettemulsion) für die Ernährung der Früh- und Neugeborenen; Fertigspritzen mit komplexer Rezeptur für Früh- und Neugeborene

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

☑ Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
☑ Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): HBS-Bestellplattform, Zenzy2-Zytostatikaprogramm

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

☑ Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
☑ Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
☑ andere Maßnahme: Softwareunterstützung im Stellprozess von Oralia mit Scannern

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

☑ Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
☑ Aushändigung des Medikationsplans
☑ bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Präventions- und Interventionsmaßnahmen vorgesehen?	Ja
Erläuterungen	Seit 2020 existiert ein Team zur psychosozialen Unterstützung (PSU) aus den verschiedensten Arbeitsbereichen. SbE-Interventionen (Stressbearbeitung bei belastenden Ereignissen). Im Jahr 2023 erfolgte die Studie FORUM der Diakonie in Deutschland zur Prävention von sexualisierter Gewalt. Etablierung Unternehmenskodex "Null Toleranz gegenüber Gewalt". Beitritt "Sicher im Dienst" (KGNW).

Schutzkonzept gegen Gewalt liegt vor

Auswahl	Ja

Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
1	SK01: Informationsgewinnung zur Thematik *FORUM Studie und Kirchengesetz der EKIR, KGNW Netzwerk "Sicher im Dienst", Diakonie Rheinland Westfalen Lippe, ZQP*
2	SK02: Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen *Offene Angebote über das unternehmenseigene Bildungsinstitut, Aufnahme Gewaltprävention als Thema in die Curricula der Weiterbildung und Ausbildung*
3	SK03: Aufklärung *Etablierung einer eigenen Präventionsseite*
4	SK04: Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen **Letzte Überprüfung:** 15.05.2023
5	SK05: Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten
6	SK06: Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl
7	SK08: Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt **Letzte Überprüfung:** 15.05.2023
8	SK10: Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle *Verfahrensanweisung und Vorlagen zur Gesprächsdokumentation, Regelwerk als Hausordnung* **Letzte Überprüfung:** 15.05.2023

Schutzkonzepte

#	Schutzkonzept
9	SK11: Sonstiges (Aufarbeitung) *Hinweisgeberschutzsystem und adressierte interne Anlaufstellen*
10	SK09: Sonstiges (Intervention) *Etablierung operativer Maßnahmen*

A-13 Besondere apparative Ausstattung

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich *Vorhanden im SPZ und in Kooperation mit Niedergelassenen Neurologen. Ein Angiologiemessplatz und Intraoperatives Neuromonitoring stehen 24h zur Verfügung.*
2	AA32 - Szintigraphiescanner/Gammasonde	Keine Angabe erforderlich *in Kooperation mit Radiologie Institut Oberhausen (R.I.O.)*
3	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja
4	AA26 - Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Keine Angabe erforderlich *in Kooperation*
5	AA47 - Inkubatoren Neonatologie	Ja
6	AA38 - Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Ja *Zusätzliche Möglichkeit einer Hochfrequenzbeatmung und NO-Beatmung*
7	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja *EEG in Kooperation mit dem SPZ und aEEG-Monitor für die Neonatologie*
8	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja *128-Zeilen Computertomograph inkl. Darstellung der Koronargefäße, inkl. angiographischer Darstellung aller Körpergefäße*
9	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich *Urodynamischer Messplatz zur Erfassung von Druck-, Fluss-, und EMG-Signalen des Harntraktes und des Beckenbodens.*
10	AA23 - Mammographiegerät	Keine Angabe erforderlich
11	AA21 - Lithotripter (ESWL)	Keine Angabe erforderlich *in der Urologie*

#	Gerätenummer	24h verfügbar
12	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja *inkl. Stress-Kardio-MRT, inkl. Late enhancement des Herzens, inkl. angiographischer Darstellung aller Körpergefäße*
13	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich
14	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Ja *inkl. IVUS, inkl. RFR-Messung (Druckdraht), inkl. OCT der Koronarien, Rotablation, Shock-Wave (Lithotripsie) der Koronarien*
15	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich *RFA und Kryotechnik. Eine 24h Verfügbarkeit ist gegeben.*
16	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja *z.B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse*
17	AA18 - Hochfrequenzthermotherapiegerät	Keine Angabe erforderlich
18	AA72 - 3D-Laparoskopie-System	Keine Angabe erforderlich *Eine 24h Verfügbarkeit ist gegeben.*

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Das EKO. nimmt an dem Modul Notfallversorgung Kinder - erweiterte Notfallversorgung des G-BA's teil sowie an dem Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit).

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?	Das Krankenhaus ist einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet

Stufen der Notfallversorgung

☑ Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)

Umstand der Zuordnung zur Notfallstufe 2

Umstand	Zuordnung zur jeweiligen Notfallstufe aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der speziellen Notfallversorgung (siehe A-14.2).

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Modul Notfallversorgung Kinder (erweitert)

Module der Speziellen Notfallversorgung Stufe 2

☑ SN02: Notfallversorgung Kinder (erweitert)
☑ SN06: Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt	Nein

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

Es gab keine Einigung zwischen KGNW und KV in NRW bzgl. der Notfallversorgung außerhalb der Öffnungszeiten der Notfallpraxis.

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	Ja
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[0100] Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie

B-[0100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie

B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med Christoph Sohr
Telefon	0208 881 1359
Fax	0208 881 1119
E-Mail	christoph.sohr@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen

URL	https://eko.de/fachabteilungen/klinik-fuer-innere-medizin-und-gastroenterologie.html

B-[0100].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-[0100].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
2	VI39 - Physikalische Therapie
3	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
4	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
5	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
7	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
8	VR06 - Endosonographie
9	VI42 - Transfusionsmedizin *in Kooperation mit dem Labor*
10	VR02 - Native Sonographie *Elastometrie der Leber*
11	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
12	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
13	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

#	Medizinische Leistungsangebote
14	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
15	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
16	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
17	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
18	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
19	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
20	VI20 - Intensivmedizin
21	VI27 - Spezialsprechstunde
22	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
23	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
24	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
25	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
26	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
27	VI35 - Endoskopie
28	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
29	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
30	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
31	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
32	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
33	VR04 - Duplexsonographie

B-[0100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2563
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K29	Gastritis und Duodenitis	173
2	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	158
3	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	150
4	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	123
5	K80	Cholelithiasis	109
6	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	98
7	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	76
8	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	71
9	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	61
10	K57	Divertikulose des Darmes	58
11	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	55
12	D50	Eisenmangelanämie	54
13	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	54
14	K85	Akute Pankreatitis	46
15	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	35
16	D64	Sonstige Anämien	32
17	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	28
18	R63	Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen	26
19	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	26
20	K70	Alkoholische Leberkrankheit	25
21	K26	Ulcus duodeni	25

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
22	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	24
23	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	24
24	K25	Ulcus ventriculi	24
25	E86	Volumenmangel	23
26	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	22
27	R11	Übelkeit und Erbrechen	22
28	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	20
29	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	20
30	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	20

B-[0100].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1100
2	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1091
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	715
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	609
5	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	554
6	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	400
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	338
8	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	259
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	224
10	9-500	Patientenschulung	202
11	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	194
12	1-931	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik	193

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
13	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	180
14	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	163
15	3-843	Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie [MRCP]	141
16	3-200	Native Computertomographie des Schädels	137
17	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	133
18	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	132
19	3-055	Endosonographie der Gallenwege und der Leber	112
20	1-651	Diagnostische Sigmoideoskopie	104
21	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	99
22	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	98
23	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	96
24	3-056	Endosonographie des Pankreas	85
25	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	73
26	3-202	Native Computertomographie des Thorax	63
27	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	57
28	3-053	Endosonographie des Magens	52
29	1-653	Diagnostische Proktoskopie	47
30	3-054	Endosonographie des Duodenums	40

B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
2	AM07 - Privatambulanz	Endoskopische Diagnostik und Therapie; Gastroenterologische Funktionsdiagnostik *Kapselendoskopie, Koloskopie, Gastroskopie*

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.*

B-[0100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Vor- und nachstationäre Leistungen	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
2	Vor- und nachstationäre Leistungen	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
3	Vor- und nachstationäre Leistungen	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
4	Vor- und nachstationäre Leistungen	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
5	Vor- und nachstationäre Leistungen	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
6	Vor- und nachstationäre Leistungen	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
7	Vor- und nachstationäre Leistungen	VR04 - Duplexsonographie
8	Vor- und nachstationäre Leistungen	VI35 - Endoskopie
9	Vor- und nachstationäre Leistungen	VR06 - Endosonographie
10	Vor- und nachstationäre Leistungen	VR02 - Native Sonographie

#	Ambulanz	Leistung
11	Vor- und nachstationäre Leistungen	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
12	Zentrale Notaufnahme	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
13	Zentrale Notaufnahme	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
14	Zentrale Notaufnahme	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
15	Zentrale Notaufnahme	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
16	Zentrale Notaufnahme	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
17	Zentrale Notaufnahme	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
18	Zentrale Notaufnahme	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
19	Zentrale Notaufnahme	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
20	Zentrale Notaufnahme	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
21	Zentrale Notaufnahme	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
22	Zentrale Notaufnahme	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
23	Zentrale Notaufnahme	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
24	Zentrale Notaufnahme	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
25	Zentrale Notaufnahme	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
26	Zentrale Notaufnahme	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
27	Zentrale Notaufnahme	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
28	Zentrale Notaufnahme	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
29	Zentrale Notaufnahme	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
30	Zentrale Notaufnahme	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
31	Zentrale Notaufnahme	VI35 - Endoskopie
32	Zentrale Notaufnahme	VI20 - Intensivmedizin
33	Zentrale Notaufnahme	VI38 - Palliativmedizin
34	Zentrale Notaufnahme	VI39 - Physikalische Therapie
35	Zentrale Notaufnahme	VI40 - Schmerztherapie
36	Zentrale Notaufnahme	VI42 - Transfusionsmedizin

B-[0100].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0100].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	144
2	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	80
3	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	69
4	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	61
5	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	28
6	5-513.B	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Entfernung von alloplastischem Material	< 4
7	1-275.0	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung: Koronarangiographie ohne weitere Maßnahmen	< 4

B-[0100].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	241
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	141
3	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	< 4
4	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	< 4

B-[0100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0100].11 Personelle Ausstattung

B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		9,93	Fälle je VK/Person	264,4995
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	9,93	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,24	**Stationär**	9,69

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		6,21	Fälle je VK/Person	425,7475
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	6,21	**Ohne**	0

Versorgungsform	**Ambulant** 0,19	**Stationär** 6,02

B-[0100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie
2	AQ23 - Innere Medizin

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
2	ZF03 - Allergologie
3	ZF39 - Schlafmedizin
4	ZF07 - Diabetologie
5	ZF28 - Notfallmedizin

B-[0200] Klinik für Geriatrie

B-[0200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Geriatrie

B-[0200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0200 - Geriatrie

B-[0200].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Sergej Birkheim
Telefon	0208 881 1311
Fax	0208 881 1319
E-Mail	Sergej.Birkheim@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/fachabteilungen/klinik-fuer-geriatrie.html

B-[0200].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-[0200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI44 - Geriatrische Tagesklinik *10 Plätze*
2	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
3	VN02 - Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
4	VR02 - Native Sonographie
5	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
6	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
7	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
8	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
9	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
10	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
11	VI39 - Physikalische Therapie
12	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
13	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
14	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
15	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
16	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
17	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

#	Medizinische Leistungsangebote
18	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
19	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
20	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
21	VH24 - Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
22	VI35 - Endoskopie
23	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
24	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
25	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
26	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

B-[0200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1386
Teilstationäre Fallzahl	40

B-[0200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	175
2	I50	Herzinsuffizienz	145
3	E86	Volumenmangel	123
4	S72	Fraktur des Femurs	107
5	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	68
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	68
7	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	51
8	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	41
9	I63	Hirninfarkt	39

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
10	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	23
11	R55	Synkope und Kollaps	21
12	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	19
13	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	18
14	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	18
15	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	17
16	M48	Sonstige Spondylopathien	16
17	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	16
18	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	14
19	M54	Rückenschmerzen	14
20	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	13
21	F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	13
22	M80	Osteoporose mit pathologischer Fraktur	12
23	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	12
24	N17	Akutes Nierenversagen	11
25	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	11
26	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	10
27	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	10
28	E87	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	9
29	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	9
30	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	8

B-[0200].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1204
2	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	713
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	556
4	8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	489
5	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	295
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	141
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	126
8	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	105
9	9-500	Patientenschulung	102
10	1-931	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik	95
11	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	85
12	1-770	Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment	67
13	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	62
14	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	62
15	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	61
16	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	61
17	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	42
18	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	38
19	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	36
20	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	36
21	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	35

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
22	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	33
23	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	31
24	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	28
25	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	27
26	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	27
27	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	27
28	3-202	Native Computertomographie des Thorax	26
29	1-650	Diagnostische Koloskopie	24
30	8-854	Hämodialyse	21

B-[0200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
2	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz
3	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.*

B-[0200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatambulanz	VN12 - Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
2	Privatambulanz	VN19 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
3	Privatambulanz	VP10 - Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

#	Ambulanz	Leistung
4	Privatambulanz	VN10 - Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
5	Privatambulanz	VN17 - Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
6	Privatambulanz	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten

B-[0200].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[0200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0200].11 Personelle Ausstattung

B-[0200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		6,14	Fälle je VK/Person	228,336075
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	6,14	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,07	**Stationär**	6,07

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3	Fälle je VK/Person	462

Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	3

B-[0200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie

B-[0200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF09 - Geriatrie
2	ZF30 - Palliativmedizin
3	ZF32 - Physikalische Therapie und Balneologie (MWBO 2003)
4	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[0300] Klinik für Kardiologie, Angiologie und Intensivmedizin

B-[0300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Kardiologie, Angiologie und Intensivmedizin

B-[0300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0300 - Kardiologie

B-[0300].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Florin Laubenthal
Telefon	0208 881 1654
Fax	0208 881 3162
E-Mail	florin.laubenthal@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-kardiologie-angiologie-und-intensivmedizin

B-[0300].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-[0300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
2	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
3	VI27 - Spezialsprechstunde
4	VI20 - Intensivmedizin
5	VI34 - Elektrophysiologie
6	VR02 - Native Sonographie
7	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
8	VC05 - Schrittmachereingriffe
9	VR04 - Duplexsonographie
10	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
11	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
12	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
13	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
14	VC06 - Defibrillatoreingriffe
15	VI42 - Transfusionsmedizin
16	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
17	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen *bei Vasculitis*
18	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz

#	Medizinische Leistungsangebote
19	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
20	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
21	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
22	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren *Nur: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien*
23	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten *Nur: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen*
24	VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
25	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
26	VI00 - („Sonstiges“) *PFO-Okkluder*
27	VI00 - („Sonstiges“) *ASD-Okkluder*
28	VI00 - („Sonstiges“) *LAA-Okkluder*
29	VI00 - („Sonstiges“) *Herzunterstützungssystem (Impella)*
30	VI00 - („Sonstiges“) *perkutane Thrombektomie bei Lungenembolie*

B-[0300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	4681
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[0300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	577
2	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	572
3	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	560
4	I20	Angina pectoris	530
5	R07	Hals- und Brustschmerzen	475
6	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	464
7	I21	Akuter Myokardinfarkt	281
8	R55	Synkope und Kollaps	212
9	I35	Nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten	87
10	R42	Schwindel und Taumel	77
11	I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	75
12	R00	Störungen des Herzschlages	68
13	I47	Paroxysmale Tachykardie	66
14	I26	Lungenembolie	58
15	R06	Störungen der Atmung	54
16	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	46
17	I34	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten	35
18	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	34
19	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock	32
20	I33	Akute und subakute Endokarditis	15
21	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	15
22	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	15
23	I42	Kardiomyopathie	15
24	I70	Atherosklerose	12
25	I31	Sonstige Krankheiten des Perikards	11

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
26	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	10
27	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	9
28	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	9
29	D50	Eisenmangelanämie	9
30	I40	Akute Myokarditis	9

B-[0300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	3691
2	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	2480
3	8-837	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	2440
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	1448
5	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	966
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	948
7	8-640	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus	633
8	8-835	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen	526
9	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	516
10	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	503
11	1-266	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt	457
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	409
13	3-200	Native Computertomographie des Schädels	347
14	3-224	Computertomographie des Herzens mit Kontrastmittel	322
15	1-268	Kardiales Mapping	282

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
16	1-279	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen	278
17	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	240
18	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	231
19	3-824	Magnetresonanztomographie des Herzens mit Kontrastmittel	229
20	1-265	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt	199
21	8-839	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße	194
22	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	176
23	5-934	Verwendung von MRT-fähigem Material	176
24	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders	173
25	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	165
26	3-611	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax	161
27	9-500	Patientenschulung	137
28	8-152	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax	130
29	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	128
30	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	125

B-[0300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Schrittmacher Ambulanz, Herzinsuffizienz, konsiliarische Beratung,CRT-Behandlung, Herzschrittmacher, Echokardiographie *Klärung spezieller Fragestellung zur Funktion von Schrittmachern und Defibrillatoren.*

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM06 - Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	Telemedizinisches Zentrum *Herzinsuffizienz*
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
4	AM07 - Privatambulanz	Kardiologische Sprechstunde *Spezielle Untersuchungen und Behandlungen nach Zuweisung durch niedergelassene Kardiologen (Arteriographien, Rechtsherzkatheter, Ultraschall des Herzens).*
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.*

B-[0300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Kardiologische Sprechstunde	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
2	Kardiologische Sprechstunde	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
3	Kardiologische Sprechstunde	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
4	Kardiologische Sprechstunde	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
5	Kardiologische Sprechstunde	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
6	Kardiologische Sprechstunde	VI34 - Elektrophysiologie
7	Schrittmacher Ambulanz, Herzinsuffizienz, konsiliarische Beratung,CRT-Behandlung, Herzschrittmacher, Echokardiographie	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

#	Ambulanz	Leistung
8	Schrittmacher Ambulanz, Herzinsuffizienz, konsiliarische Beratung,CRT-Behandlung, Herzschrittmacher, Echokardiographie	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
9	Schrittmacher Ambulanz, Herzinsuffizienz, konsiliarische Beratung,CRT-Behandlung, Herzschrittmacher, Echokardiographie	VI34 - Elektrophysiologie
10	Zentrale Notaufnahme	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
11	Zentrale Notaufnahme	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
12	Zentrale Notaufnahme	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
13	Zentrale Notaufnahme	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
14	Zentrale Notaufnahme	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
15	Zentrale Notaufnahme	VI34 - Elektrophysiologie
16	Zentrale Notaufnahme	VI20 - Intensivmedizin
17	Zentrale Notaufnahme	VI27 - Spezialsprechstunde

B-[0300].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	158
2	5-378	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators	4
3	3-608	Superselektive Arteriographie	< 4
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4

B-[0300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0300].11 Personelle Ausstattung

B-[0300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		21,05	Fälle je VK/Person	229,348358
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	21,05	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,64	**Stationär**	20,41

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		8,33	Fälle je VK/Person	588,0653
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	8,33	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,37	**Stationär**	7,96

B-[0300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ28 - Innere Medizin und Kardiologie
2	AQ23 - Innere Medizin

B-[0300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
2	ZF15 - Intensivmedizin
3	ZF30 - Palliativmedizin
4	ZF28 - Notfallmedizin
5	ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[1000] Klinik für Kinder und Jugendliche

B-[1000].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Kinder und Jugendliche

B-[1000].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1000 - Pädiatrie

B-[1000].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Hassan Issa
Telefon	0208 881 4221
Fax	0208 881 4225
E-Mail	hassan.issa@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-kinder-und-jugendliche

B-[1000].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-[1000].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VH08 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
2	VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
3	VH02 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
4	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres *In Kooperation mit dem SPZ*
5	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
6	VK00 - („Sonstiges"): Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, Diabetesschulung
7	VH01 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres *In Kooperation mit dem SPZ*
8	VR02 - Native Sonographie
9	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen *in Kooperation mit dem SPZ*
10	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend *in Kooperation mit dem SPZ*
11	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen *in Kooperation mit dem SPZ*

#	Medizinische Leistungsangebote
12	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren *In Kooperation mit dem SPZ*
13	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen *in Kooperation mit dem SPZ*
14	VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen *in Kooperation mit dem SPZ*
15	VK34 - Neuropädiatrie *in Kooperation mit dem SPZ*
16	VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener *In Kooperation mit dem SPZ*
17	VK35 - Sozialpädiatrisches Zentrum
18	VK36 - Neonatologie
19	VK32 - Kindertraumatologie *in Kooperation mit der Kinderchirurgie*
20	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus *in Kooperation mit dem SPZ*
21	VK24 - Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
22	VK23 - Versorgung von Mehrlingen
23	VK28 - Pädiatrische Psychologie *in Kooperation mit dme SPZ*
24	VK29 - Spezialsprechstunde
25	VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter *in Kooperation mit dem SPZ*
26	VK04 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
27	VK27 - Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes *in Kooperation mit dem SPZ*
28	VK25 - Neugeborenenscreening
29	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
30	VK21 - Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
31	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
32	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
33	VK01 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
34	VK03 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
35	VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen *In Kooperation mit dem SPZ*
36	VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
37	VK12 - Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
38	VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen *In Kooperation mit dem SPZ*
39	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen *In Kooperation mit dem SPZ*
40	VK17 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen *In Kooperation mit dem SPZ*
41	VH10 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
42	VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien
43	VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
44	VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen

#	Medizinische Leistungsangebote
45	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden *in Kooperation mit dem SPZ*
46	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen *In Kooperation mit dem SPZ*
47	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute *In Kooperation mit dem SPZ*
48	VK00 - („Sonstiges"): Teilnahme am ABS Projekt "Telekasper" in Kooperation mit der Uniklinik Essen

B-[1000].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3511
Teilstationäre Fallzahl	1

B-[1000].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	333
2	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert	192
3	J20	Akute Bronchitis	187
4	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert	141
5	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	120
6	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	114
7	Z83	Andere spezifische Krankheiten in der Familienanamnese	114
8	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	100

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	86
10	G40	Epilepsie	76
11	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	74
12	P28	Sonstige Störungen der Atmung mit Ursprung in der Perinatalperiode	72
13	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	72
14	Z03	Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen, Verdacht ausgeschlossen	64
15	P59	Neugeborenenikterus durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen	59
16	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	58
17	P02	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Komplikationen von Plazenta, Nabelschnur und Eihäuten	57
18	P70	Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind	53
19	P05	Intrauterine Mangelentwicklung und fetale Mangelernährung	53
20	P92	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen	46
21	R55	Synkope und Kollaps	44
22	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	42
23	P22	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen	39
24	S06	Intrakranielle Verletzung	34
25	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert	34
26	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	31
27	P08	Störungen im Zusammenhang mit langer Schwangerschaftsdauer und hohem Geburtsgewicht	30
28	J21	Akute Bronchiolitis	27
29	J03	Akute Tonsillitis	26
30	P36	Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen	26

B-[1000].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-931	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik	1657
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	723
3	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	553
4	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	398
5	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	374
6	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	305
7	8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen	236
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	227
9	8-010	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen	207
10	8-903	(Analgo-)Sedierung	144
11	8-560	Lichttherapie	142
12	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	141
13	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	111
14	8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)	106
15	8-390	Lagerungsbehandlung	75
16	8-017	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	64
17	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	64
18	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	59
19	9-500	Patientenschulung	54
20	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	52
21	8-015	Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung	43

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
22	8-984	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	38
23	8-700	Offenhalten der oberen Atemwege	36
24	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	36
25	8-811	Infusion von Volumenersatzmitteln bei Neugeborenen	31
26	6-003	Applikation von Medikamenten, Liste 3	29
27	8-121	Darmspülung	26
28	8-701	Einfache endotracheale Intubation	25
29	8-987	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	25
30	9-401	Psychosoziale Interventionen	22

B-[1000].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Diabeteszentrum, Kinder-kardiologische Sprechstunde, Pneumologische Sprechstunde, Ultraschallsprechstunde, Allergologie, Monitoring-Sprechstunde Frühgeborene, Neugeborenen-Hörscreening BERA
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
3	AM07 - Privatambulanz	Endokrinologische Sprechstunde; Kinderkardiologische Sprechstunde; Diabeteszentrum; Gastroenterologische Sprechstunde; Pneumologie und Allergologie; Ultraschallsprechstunde
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Kinder *Die Zentrale Notaufnahme Kinder steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.*

B-[1000].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Diabeteszentrum, Kinder-kardiologische Sprechstunde, Pneumologische Sprechstunde, Ultraschallsprechstunde, Allergologie, Monitoring-Sprechstunde Frühgeborene, Neugeborenen-Hörscreening BERA	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
2	Diabeteszentrum, Kinder-kardiologische Sprechstunde, Pneumologische Sprechstunde, Ultraschallsprechstunde, Allergologie, Monitoring-Sprechstunde Frühgeborene, Neugeborenen-Hörscreening BERA	VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
3	Diabeteszentrum, Kinder-kardiologische Sprechstunde, Pneumologische Sprechstunde, Ultraschallsprechstunde, Allergologie, Monitoring-Sprechstunde Frühgeborene, Neugeborenen-Hörscreening BERA	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
4	Diabeteszentrum, Kinder-kardiologische Sprechstunde, Pneumologische Sprechstunde, Ultraschallsprechstunde, Allergologie, Monitoring-Sprechstunde Frühgeborene, Neugeborenen-Hörscreening BERA	VK01 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
5	Diabeteszentrum, Kinder-kardiologische Sprechstunde, Pneumologische Sprechstunde, Ultraschallsprechstunde, Allergologie, Monitoring-Sprechstunde Frühgeborene, Neugeborenen-Hörscreening BERA	VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
6	Diabeteszentrum, Kinder-kardiologische Sprechstunde, Pneumologische Sprechstunde, Ultraschallsprechstunde, Allergologie, Monitoring-Sprechstunde Frühgeborene, Neugeborenen-Hörscreening BERA	VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter

#	Ambulanz	Leistung
7	Diabeteszentrum, Kinder-kardiologische Sprechstunde, Pneumologische Sprechstunde, Ultraschallsprechstunde, Allergologie, Monitoring-Sprechstunde Frühgeborene, Neugeborenen-Hörscreening BERA	VK25 - Neugeborenenscreening
8	Diabeteszentrum, Kinder-kardiologische Sprechstunde, Pneumologische Sprechstunde, Ultraschallsprechstunde, Allergologie, Monitoring-Sprechstunde Frühgeborene, Neugeborenen-Hörscreening BERA	VK29 - Spezialsprechstunde
9	Endokrinologische Sprechstunde; Kinderkardiologische Sprechstunde; Diabeteszentrum; Gastroenterologische Sprechstunde; Pneumologie und Allergologie; Ultraschallsprechstunde	VK05 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
10	Endokrinologische Sprechstunde; Kinderkardiologische Sprechstunde; Diabeteszentrum; Gastroenterologische Sprechstunde; Pneumologie und Allergologie; Ultraschallsprechstunde	VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
11	Endokrinologische Sprechstunde; Kinderkardiologische Sprechstunde; Diabeteszentrum; Gastroenterologische Sprechstunde; Pneumologie und Allergologie; Ultraschallsprechstunde	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
12	Endokrinologische Sprechstunde; Kinderkardiologische Sprechstunde; Diabeteszentrum; Gastroenterologische Sprechstunde; Pneumologie und Allergologie; Ultraschallsprechstunde	VK01 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
13	Endokrinologische Sprechstunde; Kinderkardiologische Sprechstunde; Diabeteszentrum; Gastroenterologische Sprechstunde; Pneumologie und Allergologie; Ultraschallsprechstunde	VK04 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
14	Endokrinologische Sprechstunde; Kinderkardiologische Sprechstunde; Diabeteszentrum; Gastroenterologische Sprechstunde; Pneumologie und Allergologie; Ultraschallsprechstunde	VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
15	Endokrinologische Sprechstunde; Kinderkardiologische Sprechstunde; Diabeteszentrum; Gastroenterologische Sprechstunde; Pneumologie und Allergologie; Ultraschallsprechstunde	VK13 - Diagnostik und Therapie von Allergien
16	Endokrinologische Sprechstunde; Kinderkardiologische Sprechstunde; Diabeteszentrum; Gastroenterologische Sprechstunde; Pneumologie und Allergologie; Ultraschallsprechstunde	VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
17	Endokrinologische Sprechstunde; Kinderkardiologische Sprechstunde; Diabeteszentrum; Gastroenterologische Sprechstunde; Pneumologie und Allergologie; Ultraschallsprechstunde	VK29 - Spezialsprechstunde

B-[1000].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung	< 4
2	5-259	Andere Operationen an der Zunge	< 4
3	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	< 4

B-[1000].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1000].11 Personelle Ausstattung

B-[1000].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Alle Personalzahlen hinsichtlich der ambulanten und stationären Versorgung

werden anhand eines hausinternen Verteilungsschlüssels berechnet und dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		28,22	Fälle je VK/Person	135,350815
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	28,22	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	2,28	**Stationär**	25,94

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		12,5	Fälle je VK/Person	305,836243
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	12,5	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	1,02	**Stationär**	11,48

B-[1000].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ36 - Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie
2	AQ01 - Anästhesiologie
3	AQ32 - Kinder- und Jugendmedizin
4	AQ34 - Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie (MWBO 2003)
5	AQ35 - Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie
6	AQ37 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

B-[1000].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
3	ZF07 - Diabetologie

#	Zusatz-Weiterbildung
4	ZF15 - Intensivmedizin *Spezielle Pädiatrische Intensivmedizin*
5	ZF28 - Notfallmedizin

B-[1300] Klinik für Kinderchirurgie

B-[1300].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Kinderchirurgie

B-[1300].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1300 - Kinderchirurgie

B-[1300].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin bis 31.03.2024
Titel, Vorname, Name	Ulrike Brokmeier
Telefon	0208 881 1251
Fax	0208 881 1259
E-Mail	Ulrike.Brokmeier@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/fachabteilungen/klinik-fuer-kinderchirurgie.html
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt seit 01.04.2024
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Lars Burghardt
Telefon	0208 881 1251

Fax	0208 881 1259
E-Mail	Lars.Burghardt@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/fachabteilungen/klinik-fuer-kinderchirurgie.html

B-[1300].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-[1300].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VK32 - Kindertraumatologie
2	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
3	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
4	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
5	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
6	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
7	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
8	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
9	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
10	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
12	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
13	VC69 - Verbrennungschirurgie
14	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
15	VU08 - Kinderurologie
16	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
17	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
18	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
19	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
20	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
21	VD18 - Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
22	VC20 - Nierenchirurgie
23	VO16 - Handchirurgie
24	VH06 - Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
25	VD20 - Wundheilungsstörungen
26	VK12 - Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
27	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
28	VR02 - Native Sonographie
29	VK31 - Kinderchirurgie
30	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
31	VC14 - Speiseröhrenchirurgie *z.B. Ösophasgusatresie*
32	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
33	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
34	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
35	VK07 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas

#	Medizinische Leistungsangebote
36	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
37	VC11 - Lungenchirurgie
38	VC71 - Notfallmedizin
39	VC12 - Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen
40	VD11 - Spezialsprechstunde *Kindergarten- und Schulunfälle, Sprechstunde für Fehlbildungen und schwere Verletzungen des Bewegungsapparates, Kinderurologie, Kinderproktologie, Hämangiomsprechstunde, Fehlbildungssprechstunde, Pränatalberatung*
41	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma
42	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
43	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
44	VC30 - Septische Knochenchirurgie
45	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
46	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
47	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
48	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
49	VH09 - Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege *Fremdkörperaspirationen*
50	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
51	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
52	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
53	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
54	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
55	VI35 - Endoskopie
56	VK04 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
57	VK08 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

#	Medizinische Leistungsangebote
58	VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
59	VO12 - Kinderorthopädie
60	VO15 - Fußchirurgie
61	VO21 - Traumatologie
62	VR04 - Duplexsonographie
63	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
64	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
65	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
66	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
67	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
68	VZ19 - Laserchirurgie

B-[1300].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1214
Teilstationäre Fallzahl	1

B-[1300].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Intrakranielle Verletzung	262
2	K40	Hernia inguinalis	76
3	L03	Phlegmone	71
4	S52	Fraktur des Unterarmes	69
5	K35	Akute Appendizitis	37
6	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	33
7	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	32
8	Q53	Nondescensus testis	32

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
9	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	31
10	I88	Unspezifische Lymphadenitis	29
11	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	26
12	Q54	Hypospadie	20
13	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	20
14	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	17
15	L04	Akute Lymphadenitis	17
16	L05	Pilonidalzyste	17
17	N48	Sonstige Krankheiten des Penis	17
18	D18	Hämangiom und Lymphangiom	14
19	S72	Fraktur des Femurs	13
20	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	13
21	A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	12
22	N45	Orchitis und Epididymitis	11
23	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	10
24	M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	9
25	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	8
26	K42	Hernia umbilicalis	8
27	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	7
28	N47	Vorhauthypertrophie, Phimose und Paraphimose	7
29	N44	Hodentorsion und Hydatidentorsion	7
30	Q62	Angeborene obstruktive Defekte des Nierenbeckens und angeborene Fehlbildungen des Ureters	7

B-[1300].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	113
2	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	97
3	1-931	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik	76
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	60
5	5-470	Appendektomie	36
6	5-640	Operationen am Präputium	34
7	5-645	Plastische Rekonstruktion bei männlicher Hypospadie	31
8	5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	26
9	5-624	Orchidopexie	25
10	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	20
11	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	18
12	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	18
13	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	18
14	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	18
15	6-003	Applikation von Medikamenten, Liste 3	16
16	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	16
17	5-789	Andere Operationen am Knochen	14
18	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	13
19	5-469	Andere Operationen am Darm	13
20	8-903	(Analgo-)Sedierung	13
21	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	12
22	5-581	Plastische Meatotomie der Urethra	12
23	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	12

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
24	3-826	Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	12
25	5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	12
26	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	11
27	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	10
28	5-983	Reoperation	10
29	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	10
30	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	10

B-[1300].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Fehlbildungssprechstunde, Kinderurologische Sprechstunde. Kinderchirurgische Sprechstunde, Kinderorthopädische Sprechstunde *Mit- und Weiterbehandlung auf Überweisung von Fachärztinnen/Fachärzten für Kinderchirurgie, Fachärztinnen/Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärztinnen/Fachärzten für Chirurgie und Fachärztinnen/Fachärzten für Urologie.*
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
3	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	D-Arztambulanz
4	AM07 - Privatambulanz	Privatambulanz

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme Kinder *Die Zentrale Notaufnahme Kinder steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.*

B-[1300].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Zentrale Notaufnahme Kinder	VO21 - Traumatologie
2	D-Arztambulanz	VC46 - Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark
3	Zentrale Notaufnahme Kinder	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
4	Zentrale Notaufnahme Kinder	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
5	Zentrale Notaufnahme Kinder	VU08 - Kinderurologie
6	Zentrale Notaufnahme Kinder	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
7	Zentrale Notaufnahme Kinder	VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
8	Zentrale Notaufnahme Kinder	VK29 - Spezialsprechstunde
9	Zentrale Notaufnahme Kinder	VK00 - („Sonstiges"): : Bewegungsapparat: Fehlbildungen (z. B. Klumpfuß, Sichelfuß, Senkfuß), Fehlwachstum (z. B. X- und O┐Beine) und schwere Verletzungen des Bewegungsapparates (z. B. operierte Knochenbrüche)
10	Zentrale Notaufnahme Kinder	VK00 - („Sonstiges"): Pränatalberatung: Wenn bei der Schwangerschaftsvorsorge eine chirurgisch zu behandelnde Fehlbildung des Kindes gesehen wurde

#	Ambulanz	Leistung
11	Zentrale Notaufnahme Kinder	VK00 - („Sonstiges"): Fehlbildungssprechstunde: für Kinder mit angeborenen Fehlbildungen (z. B. Atresien des Verdauungstraktes, Laparoschisis, Omphalocele) auch für Kinder nach Operationen im Neugeborenenalter (NEC etc.)

B-[1300].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	82
2	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	53
3	5-640	Operationen am Präputium	36
4	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	34
5	5-624	Orchidopexie	30
6	5-259	Andere Operationen an der Zunge	28
7	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	18
8	5-631	Exzision im Bereich der Epididymis	9
9	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	8
10	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	7
11	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	6
12	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	4
13	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
14	5-918	Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Zehen	< 4
15	5-917	Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Finger	< 4
16	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	< 4
17	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
18	5-630	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici	< 4
19	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4

B-[1300].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Zulassung zum Verletzungsarten-Verfahren (VAV)

B-[1300].11 Personelle Ausstattung

B-[1300].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		8,9	Fälle je VK/Person	186,769226
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	8,9	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	2,4	**Stationär**	6,5

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		4,87	Fälle je VK/Person	296,8215
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	4,87	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,78	**Stationär**	4,09

B-[1300].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ09 - Kinderchirurgie (MWBO 2003)

#	Facharztbezeichnungen
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie

B-[1300].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[1500] Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-[1500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Gassel
Telefon	0208 881 1651
Fax	0208 881 1119
E-Mail	heinz-jochen.gassel@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-allgemein-und-viszeralchirurgie

B-[1500].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-[1500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC24 - Tumorchirurgie
2	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
3	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
4	VC11 - Lungenchirurgie
5	VU14 - Spezialsprechstunde
6	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
7	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
8	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
9	VC62 - Portimplantation
10	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
11	VC59 - Mediastinoskopie
12	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
13	VR06 - Endosonographie
14	VR02 - Native Sonographie
15	VC21 - Endokrine Chirurgie
16	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
17	VC20 - Nierenchirurgie
18	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
19	VR04 - Duplexsonographie

#	Medizinische Leistungsangebote
20	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
21	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
22	VI43 - Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
23	VC71 - Notfallmedizin
24	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
25	VC58 - Spezialsprechstunde
26	VC13 - Operationen wegen Thoraxtrauma

B-[1500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	844
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K80	Cholelithiasis	185
2	K40	Hernia inguinalis	117
3	K35	Akute Appendizitis	69
4	K57	Divertikulose des Darmes	50
5	K42	Hernia umbilicalis	39
6	K43	Hernia ventralis	34
7	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	28
8	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	28
9	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	27
10	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	24
11	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	21
12	K61	Abszess in der Anal- und Rektalregion	15

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
13	K65	Peritonitis	12
14	L05	Pilonidalzyste	11
15	K44	Hernia diaphragmatica	10
16	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	10
17	E04	Sonstige nichttoxische Struma	10
18	J93	Pneumothorax	8
19	K62	Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	7
20	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	7
21	K25	Ulcus ventriculi	6
22	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	6
23	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	6
24	C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	5
25	K55	Gefäßkrankheiten des Darmes	5
26	K60	Fissur und Fistel in der Anal- und Rektalregion	5
27	C16	Bösartige Neubildung des Magens	5
28	L72	Follikuläre Zysten der Haut und der Unterhaut	5
29	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	4
30	D17	Gutartige Neubildung des Fettgewebes	4

B-[1500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	201
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	169
3	5-511	Cholezystektomie	168

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	164
5	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	117
6	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	109
7	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	87
8	5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	71
9	5-470	Appendektomie	71
10	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	70
11	5-469	Andere Operationen am Darm	54
12	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	50
13	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	40
14	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	39
15	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	39
16	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	38
17	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	36
18	5-381	Endarteriektomie	34
19	5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	34
20	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	31
21	5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	29
22	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	28
23	5-916	Temporäre Weichteildeckung	28
24	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	28
25	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	27

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
26	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	27
27	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	26
28	5-572	Zystostomie	26
29	6-002	Applikation von Medikamenten, Liste 2	25
30	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	25

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
2	AM07 - Privatambulanz	Proktologische Sprechstunde PKV *Diagnostik und Therapie von Enddarm- und Analerkrankungen*
3	AM07 - Privatambulanz	Chirurgisch-onkologische Schilddrüsensprechstunde PKV *Vor- und Nachbereitung bei der chirurgischen Behandlung von endokrinologischen Erkrankungen (vornehmlich Behandlung von onkologischen Schilddrüsenerkrankungen)*
4	AM07 - Privatambulanz	Stoma-Sprechstunde PKV *Vor- und Nachbereitung bei der chirurgischen Behandlungen, die mit künstlichen Darmausgängen verbunden sind*
5	AM07 - Privatambulanz	Reflux-Sprechstunde PKV *Durchführung von Reflux-Diagnostik*
6	AM07 - Privatambulanz	Chirurgische Endoskopie PKV(Vorsorge-Koloskopien) *Darmspiegelung im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen*
7	AM07 - Privatambulanz	Reflux-Sprechstunde *Durchführung von Reflux-Diagnostik im Gastrologie-Labor*

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
8	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.*

B-[1500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
2	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC58 - Spezialsprechstunde
3	Chirurgische Endoskopie PKV(Vorsorge-Koloskopien)	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
4	Chirurgisch-onkologische Schilddrüsensprechstunde PKV	VC21 - Endokrine Chirurgie
5	Proktologische Sprechstunde PKV	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
6	Proktologische Sprechstunde PKV	VC58 - Spezialsprechstunde
7	Reflux-Sprechstunde PKV	VC58 - Spezialsprechstunde
8	Stoma-Sprechstunde PKV	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
9	Zentrale Notaufnahme	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
10	Zentrale Notaufnahme	VC21 - Endokrine Chirurgie
11	Zentrale Notaufnahme	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
12	Zentrale Notaufnahme	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
13	Zentrale Notaufnahme	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
14	Zentrale Notaufnahme	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
15	Zentrale Notaufnahme	VC58 - Spezialsprechstunde
16	Zentrale Notaufnahme	VC24 - Tumorchirurgie

B-[1500].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	< 4
2	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
3	5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	< 4
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	< 4
5	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
6	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
7	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
8	1-586	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision	< 4
9	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	< 4
10	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	< 4

B-[1500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1500].11 Personelle Ausstattung

B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		5,28	Fälle je VK/Person	166,469421
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	5,28	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,21	**Stationär**	5,07

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3,34	Fälle je VK/Person	255,757584
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,34	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,04	**Stationär**	3,3

B-[1500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ13 - Viszeralchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF28 - Notfallmedizin
2	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie
3	ZF44 - Sportmedizin
4	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[1600] Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

B-[1600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

B-[1600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1600 - Unfallchirurgie

B-[1600].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peter Rommelmann
Telefon	0208 881 1657
Fax	0208 881 1119
E-Mail	peter.rommelmann@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/fachabteilungen/klinik-fuer-orthopaedie-unfall-und-wiederherstellungschirurgie.html

B-[1600].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-[1600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
2	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
3	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
4	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
5	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
6	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
7	VO14 - Endoprothetik
8	VO13 - Spezialsprechstunde
9	VC30 - Septische Knochenchirurgie
10	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
11	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
12	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
13	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
14	VC45 - Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
15	VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
16	VC66 - Arthroskopische Operationen
17	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien

#	Medizinische Leistungsangebote
18	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
19	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
20	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
21	VO17 - Rheumachirurgie
22	VO18 - Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
23	VC58 - Spezialsprechstunde
24	VO21 - Traumatologie
25	VO11 - Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
26	VC71 - Notfallmedizin
27	VC69 - Verbrennungschirurgie
28	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
29	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
30	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
31	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
32	VO01 - Diagnostik und Therapie von Arthropathien
33	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
34	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
35	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
36	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
37	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
38	VC63 - Amputationschirurgie
39	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
40	VO02 - Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
41	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
42	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
43	VO16 - Handchirurgie
44	VO15 - Fußchirurgie

#	Medizinische Leistungsangebote
45	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
46	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
47	VP00 - („Sonstiges"): Klinik weites Projekt zur Reduktion post-operativer Wundinfektionen in der Unfallchirurgie in Kooperation mit BBraun

B-[1600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1558
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	352
2	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	184
3	M75	Schulterläsionen	172
4	S06	Intrakranielle Verletzung	102
5	S52	Fraktur des Unterarmes	80
6	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	76
7	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	71
8	S72	Fraktur des Femurs	52
9	M00	Eitrige Arthritis	48
10	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	46
11	M19	Sonstige Arthrose	40
12	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	29
13	M54	Rückenschmerzen	28
14	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	20

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
15	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	18
16	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	17
17	S46	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Schulter und des Oberarmes	14
18	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	11
19	S27	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe	11
20	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	11
21	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	8
22	S76	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe der Hüfte und des Oberschenkels	8
23	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	8
24	S92	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]	8
25	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	8
26	M13	Sonstige Arthritis	8
27	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	7
28	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	7
29	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	7
30	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte und des Oberschenkels	6

B-[1600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	532

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	455
3	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	392
4	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	379
5	5-988	Anwendung eines Navigationssystems	365
6	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	330
7	5-986	Minimalinvasive Technik	294
8	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	254
9	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	189
10	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	187
11	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	176
12	5-819	Andere arthroskopische Operationen	169
13	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	160
14	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	146
15	3-200	Native Computertomographie des Schädels	127
16	5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	125
17	5-785	Implantation von alloplastischem Knochenersatz	119
18	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	114
19	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	108
20	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	105
21	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	79
22	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	77

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
23	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	76
24	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	65
25	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	63
26	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	63
27	5-916	Temporäre Weichteildeckung	61
28	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	57
29	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	51
30	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	49

B-[1600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Konsiliarische Beratung, Unfallchirurgie und Fußsprechstunde *Konsiliarische Beratung auf Überweisung von Fachärztinnen/Fachärzten für Orthopädie, Unfallchirurgie und Chirurgie*
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Endoprothethiksprechstunde
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Schulter-Sprechstunde KV

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
4	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
5	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	BG-Ambulanz *Behandlungen von Betriebs- Wege- und Schulunfällen. Durchführung des Durchgangsarztverfahrens.*
6	AM07 - Privatambulanz	Endoprothetiksprechstunde
7	AM07 - Privatambulanz	Schultersprechstunde *Sprechstunde für Patientinnen/Patienten zur Behandlung schwerwiegender Schulter- und Ellenbogenerkrankungen nach Überweisung durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte*
8	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.*

B-[1600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	BG-Ambulanz	VC63 - Amputationschirurgie
2	BG-Ambulanz	VC66 - Arthroskopische Operationen
3	BG-Ambulanz	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
4	BG-Ambulanz	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
5	BG-Ambulanz	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
6	BG-Ambulanz	VC53 - Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
7	BG-Ambulanz	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
8	BG-Ambulanz	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen

#	Ambulanz	Leistung
9	BG-Ambulanz	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
10	BG-Ambulanz	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
11	BG-Ambulanz	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
12	BG-Ambulanz	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
13	BG-Ambulanz	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
14	BG-Ambulanz	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
15	BG-Ambulanz	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
16	BG-Ambulanz	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
17	BG-Ambulanz	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
18	BG-Ambulanz	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
19	BG-Ambulanz	VO15 - Fußchirurgie
20	BG-Ambulanz	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
21	BG-Ambulanz	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
22	BG-Ambulanz	VC71 - Notfallmedizin
23	BG-Ambulanz	VC30 - Septische Knochenchirurgie
24	BG-Ambulanz	VC58 - Spezialsprechstunde
25	BG-Ambulanz	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
26	BG-Ambulanz	VC65 - Wirbelsäulenchirurgie
27	Endoprothethiksprechstunde	VC66 - Arthroskopische Operationen
28	Endoprothethiksprechstunde	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
29	Endoprothethiksprechstunde	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels

#	Ambulanz	Leistung
30	Endoprothethiksprechstunde	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
31	Endoprothethiksprechstunde	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
32	Endoprothethiksprechstunde	VC30 - Septische Knochenchirurgie
33	Endoprothethiksprechstunde	VC58 - Spezialsprechstunde
34	Endoprothetiksprechstunde	VC66 - Arthroskopische Operationen
35	Endoprothetiksprechstunde	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
36	Endoprothetiksprechstunde	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
37	Endoprothetiksprechstunde	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
38	Endoprothetiksprechstunde	VC30 - Septische Knochenchirurgie
39	Endoprothetiksprechstunde	VC58 - Spezialsprechstunde
40	Endoprothetiksprechstunde	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
41	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
42	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
43	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
44	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
45	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC33 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
46	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
47	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
48	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
49	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC34 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
50	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik

#	Ambulanz	Leistung
51	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
52	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC30 - Septische Knochenchirurgie
53	Schultersprechstunde	VC66 - Arthroskopische Operationen
54	Schultersprechstunde	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
55	Schultersprechstunde	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
56	Schultersprechstunde	VC58 - Spezialsprechstunde
57	Schulter-Sprechstunde KV	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
58	Schulter-Sprechstunde KV	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
59	Schulter-Sprechstunde KV	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
60	Schulter-Sprechstunde KV	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
61	Schulter-Sprechstunde KV	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
62	Schulter-Sprechstunde KV	VC30 - Septische Knochenchirurgie
63	Schulter-Sprechstunde KV	VC58 - Spezialsprechstunde
64	Schulter-Sprechstunde KV	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
65	Zentrale Notaufnahme	VC66 - Arthroskopische Operationen
66	Zentrale Notaufnahme	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
67	Zentrale Notaufnahme	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
68	Zentrale Notaufnahme	VC31 - Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
69	Zentrale Notaufnahme	VC42 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
70	Zentrale Notaufnahme	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
71	Zentrale Notaufnahme	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes

#	Ambulanz	Leistung
72	Zentrale Notaufnahme	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
73	Zentrale Notaufnahme	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
74	Zentrale Notaufnahme	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
75	Zentrale Notaufnahme	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
76	Zentrale Notaufnahme	VO15 - Fußchirurgie
77	Zentrale Notaufnahme	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
78	Zentrale Notaufnahme	VO16 - Handchirurgie
79	Zentrale Notaufnahme	VC71 - Notfallmedizin
80	Zentrale Notaufnahme	VC30 - Septische Knochenchirurgie
81	Zentrale Notaufnahme	VC58 - Spezialsprechstunde

B-[1600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	238
2	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	165
3	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	71
4	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	70
5	5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	60
6	8-201	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese	29
7	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	26
8	8-200	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese	18
9	1-697	Diagnostische Arthroskopie	17

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
10	5-819	Andere arthroskopische Operationen	11
11	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	10
12	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	9
13	5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	7
14	5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	4
15	5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
16	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
17	5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
18	5-841	Operationen an Bändern der Hand	< 4
19	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	< 4
20	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
21	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4

B-[1600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1600].11 Personelle Ausstattung

B-[1600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

dargestellt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		9,08	Fälle je VK/Person	191,871918
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	9,08	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,96	**Stationär**	8,12

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		5,2	Fälle je VK/Person	338,695648
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	5,2	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,6	**Stationär**	4,6

B-[1600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ10 - Orthopädie und Unfallchirurgie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie

B-[1600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF24 - Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003)
2	ZF43 - Spezielle Unfallchirurgie
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF41 - Spezielle Orthopädische Chirurgie
5	ZF44 - Sportmedizin

B-[1800] Klinik für Gefäßchirurgie, Endovaskuläre Chirurgie und Phlebologie

B-[1800].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Gefäßchirurgie, Endovaskuläre Chirurgie und Phlebologie

B-[1800].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1800 - Gefäßchirurgie

B-[1800].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Holger Claßen
Telefon	0208 881 1652
Fax	0208 881 1119
E-Mail	Holger.Classen@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/fachabteilungen/klinik-fuer-gefaesschirurgie-endovaskulaere-chirurgie-und-phlebologie.html

B-[1800].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-[1800].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie *Offene und endovaskuläre Aortenaneurysma-Chirurgie inklusive Dissektionen*
2	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen *Behandlung aller Erkrankungen von allen arteriellen Gefäßerkrankungen, u.a. Carotischirurgie und komplexe Bypasschirurgie bei arteriellen Verschlusskrankheiten*
3	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen *u.a. entzündliche Gefäßerkrankungen (Vaskulitis)*
4	VR15 - Arteriographie
5	VD00 - („Sonstiges"): Diagnostik und Therapie des Diabetischen Fußsyndrom *Zertifizierung "Stationäre Fußbehandlungseinrichtung" nach DDG, komplettes Spektrum der interventionellen und operativen Therapie, pedale Bypasschirurgie*
6	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen *Behandlung aller venösen Erkrankungen mit kompletten Spektrum der konservativen, operativen, interventionellen und endovenösen Therapieformen*
7	VR16 - Phlebographie
8	VC61 - Dialyseshuntchirurgie *Komplettes Spektrum der operativen und interventionellen Dialyseshunt-Therapie, sowie Anlage von Dialysekathetern*
9	VC62 - Portimplantation
10	VC00 - („Sonstiges"): Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Lymphgefäße
11	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

#	Medizinische Leistungsangebote
12	VC06 - Defibrillatoreingriffe
13	VC05 - Schrittmachereingriffe

B-[1800].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1060
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1800].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Atherosklerose	363
2	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	169
3	A46	Erysipel [Wundrose]	79
4	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	63
5	I65	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	62
6	I80	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	50
7	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	46
8	I83	Varizen der unteren Extremitäten	37
9	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	31
10	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	24
11	N18	Chronische Nierenkrankheit	22
12	I77	Sonstige Krankheiten der Arterien und Arteriolen	12
13	L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert	11
14	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	9
15	L03	Phlegmone	8
16	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	6

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
17	I87	Sonstige Venenkrankheiten	6
18	I26	Lungenembolie	5
19	I50	Herzinsuffizienz	4
20	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	< 4
21	I82	Sonstige venöse Embolie und Thrombose	< 4
22	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	< 4
23	E10	Diabetes mellitus, Typ 1	< 4
24	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	< 4
25	I73	Sonstige periphere Gefäßkrankheiten	< 4
26	O22	Venenkrankheiten und Hämorrhoiden als Komplikationen in der Schwangerschaft	< 4
27	I89	Sonstige nichtinfektiöse Krankheiten der Lymphgefäße und Lymphknoten	< 4
28	K29	Gastritis und Duodenitis	< 4
29	S30	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens	< 4
30	M05	Seropositive chronische Polyarthritis	< 4

B-[1800].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	490
2	5-381	Endarteriektomie	487
3	8-836	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention	315
4	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	310
5	5-395	Patchplastik an Blutgefäßen	306
6	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	303

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
7	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	284
8	5-930	Art des Transplantates oder Implantates	273
9	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	267
10	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	253
11	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	225
12	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	220
13	5-394	Revision einer Blutgefäßoperation	188
14	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	181
15	5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	161
16	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	152
17	8-840	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents	146
18	9-500	Patientenschulung	135
19	5-38a	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen	123
20	5-393	Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen	122
21	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	119
22	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	115
23	5-983	Reoperation	112
24	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	108
25	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	105
26	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	89
27	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	75
28	3-82a	Magnetresonanztomographie des Beckens mit Kontrastmittel	71
29	5-916	Temporäre Weichteildeckung	68

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
30	8-842	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)	62

B-[1800].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Diabetische Fußsprechstunde *Ermächtigung auf Zuweisung von diabetologischen Schwerpunktpraxen.*
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Konsiliarische Beratung *Konsiliarische Beratung auf Überweisung von Fachärztinnen/Fachärzten für Gefäßchirurgie und Fachärztinnen/Fachärzten für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Gefäßchirurgie*
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
4	AM07 - Privatambulanz	Gefäßchirurgische Sprechstunde PKV *Diagnostik und Behandlung von Gefäßerkrankungen, Erkrankungen des Lymphsystems und Behandlung von chronischen Wunden.*
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.*

B-[1800].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
2	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
3	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	Vor- und nachstationäre Leistungen	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
5	Gefäßchirurgische Sprechstunde PKV	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
6	Gefäßchirurgische Sprechstunde PKV	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
7	Gefäßchirurgische Sprechstunde PKV	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
8	Gefäßchirurgische Sprechstunde PKV	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
9	Zentrale Notaufnahme	VC16 - Aortenaneurysmachirurgie
10	Zentrale Notaufnahme	VR15 - Arteriographie
11	Zentrale Notaufnahme	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
12	Zentrale Notaufnahme	VR27 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
13	Zentrale Notaufnahme	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
14	Zentrale Notaufnahme	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
15	Zentrale Notaufnahme	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
16	Zentrale Notaufnahme	VC06 - Defibrillatoreingriffe
17	Zentrale Notaufnahme	VD03 - Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
18	Zentrale Notaufnahme	VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
19	Zentrale Notaufnahme	VR41 - Interventionelle Radiologie
20	Zentrale Notaufnahme	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren

#	Ambulanz	Leistung
21	Zentrale Notaufnahme	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
22	Zentrale Notaufnahme	VR17 - Lymphographie
23	Zentrale Notaufnahme	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
24	Zentrale Notaufnahme	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
25	Zentrale Notaufnahme	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
26	Zentrale Notaufnahme	VC17 - Offen-chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
27	Zentrale Notaufnahme	VR16 - Phlebographie
28	Zentrale Notaufnahme	VC62 - Portimplantation
29	Zentrale Notaufnahme	VC05 - Schrittmachereingriffe
30	Zentrale Notaufnahme	VR40 - Spezialsprechstunde

B-[1800].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	152
2	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	26
3	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	< 4
4	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	< 4
5	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	< 4
6	3-614	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches	< 4

B-[1800].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1800].11 Personelle Ausstattung

B-[1800].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		7,97	Fälle je VK/Person	143,826324
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	7,97	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,6	**Stationär**	7,37

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		4,99	Fälle je VK/Person	226,012787
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	4,99	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,3	**Stationär**	4,69

B-[1800].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie
2	AQ07 - Gefäßchirurgie
3	AQ13 - Viszeralchirurgie

B-[1800].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF31 - Phlebologie
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[2200] Klinik für Urologie

B-[2200].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Urologie

B-[2200].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2200 - Urologie

B-[2200].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt Klinik für Urologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Sebastian Schmidt
Telefon	0208 881 1240
Fax	0208 881 1230
E-Mail	Sebastian.Schmidt@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-urologie

B-[2200].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-[2200].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
2	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
3	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
4	VU13 - Tumorchirurgie
5	VU14 - Spezialsprechstunde
6	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
7	VG16 - Urogynäkologie
8	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
9	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
10	VU18 - Schmerztherapie
11	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
12	VC20 - Nierenchirurgie
13	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
14	VU08 - Kinderurologie
15	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
16	VU09 - Neuro-Urologie
17	VU17 - Prostatazentrum
18	VU00 - („Sonstiges"): Medikamentöse Tumortherapie
19	VU00 - („Sonstiges"): Therapie von Harnsteinen

#	Medizinische Leistungsangebote
20	VU00 - („Sonstiges"): Brachytherapie
21	VU00 - („Sonstiges"): Operative urologische Onkologie
22	VA00 - („Sonstiges"): Holmium- Lasertherapie

B-[2200].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2074
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2200].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	N20	Nieren- und Ureterstein	578
2	N13	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie	249
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	164
4	N40	Prostatahyperplasie	153
5	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	152
6	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	106
7	R31	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	89
8	N10	Akute tubulointerstitielle Nephritis	49
9	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	43
10	N45	Orchitis und Epididymitis	38
11	D40	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der männlichen Genitalorgane	37
12	D41	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Harnorgane	28
13	N35	Harnröhrenstriktur	24
14	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	23
15	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	23

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
16	N43	Hydrozele und Spermatozele	22
17	N30	Zystitis	20
18	N32	Sonstige Krankheiten der Harnblase	20
19	T83	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt	19
20	N21	Stein in den unteren Harnwegen	17
21	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	17
22	N28	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters, anderenorts nicht klassifiziert	15
23	D30	Gutartige Neubildung der Harnorgane	13
24	N17	Akutes Nierenversagen	10
25	R33	Harnverhaltung	9
26	N50	Sonstige Krankheiten der männlichen Genitalorgane	9
27	N49	Entzündliche Krankheiten der männlichen Genitalorgane, anderenorts nicht klassifiziert	9
28	N44	Hodentorsion und Hydatidentorsion	9
29	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	8
30	N81	Genitalprolaps bei der Frau	7

B-[2200].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	950
2	3-13d	Urographie	912
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	479
4	8-132	Manipulationen an der Harnblase	461
5	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	346
6	3-992	Intraoperative Anwendung der Verfahren	280

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
7	5-573	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase	265
8	5-98k	Art des Zystoskops	248
9	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	223
10	5-550	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung	213
11	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	213
12	5-562	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	212
13	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	192
14	1-999	Zusatzinformationen zu diagnostischen Maßnahmen	183
15	5-98b	Anwendung eines flexiblen Ureterorenoskops	157
16	5-601	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe	152
17	3-05c	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane	124
18	1-665	Diagnostische Ureterorenoskopie	122
19	5-985	Lasertechnik	112
20	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	101
21	1-466	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren	88
22	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	88
23	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	78
24	5-572	Zystostomie	77
25	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	67
26	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	56
27	1-464	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen	55

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
28	5-585	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra	51
29	8-525	Sonstige Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	42
30	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	41

B-[2200].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Urodynamische Sprechstunde, Transurorethralenbotoxtherapie, Behandlung von Blasenentlassungsstörungen bei Beckenbodenfunktionsstörungen, ambulante Chemotherapie bei onkologischen Erkrankungen *Urologische Diagnostik bzw. Konsiliaruntersuchung auf Zuweisung niedergelassener Urologen. Diagnostik und urologische Behandlung bei Tumorerkrankungen (Durchführung von ambulanten Chemotherapien). Prostatazentrum sowie Kontinenz- und Beckenbodenzentrum*
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Sprechstunde Kinderurologie KV *Diagnostik und Therapie urologischer Erkrankungen bei Kindern auf Zuweisung niedergelassener Urologen oder Kinderärztinnen/ Kinderärzte.*
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
4	AM07 - Privatambulanz	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen *Diagnostik und Therapie urologischer Erkrankungen bei Kindern und Erwachsenen. Sprechstunde für Patientinnen/Patienten mit Harninkontinenz. Prostatazentrum, sowie Kontinenz- und Beckenbodenzentrum.*

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
5	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme und Urologische Ambulanz *Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.*

B-[2200].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
2	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
3	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
4	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
5	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
6	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen	VU01 - Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
7	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
8	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen	VU08 - Kinderurologie
9	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
10	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
11	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen	VU09 - Neuro-Urologie

#	Ambulanz	Leistung
12	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
13	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen	VU17 - Prostatazentrum
14	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen	VU18 - Schmerztherapie
15	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen	VU13 - Tumorchirurgie
16	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
17	Privatsprechstunde bei urologischen Erkrankungen	VG16 - Urogynäkologie
18	Sprechstunde Kinderurologie KV	VU08 - Kinderurologie
19	Urodynamische Sprechstunde, Transurorethralenbotoxtherapie, Behandlung von Blasenentlassungsstörungen bei Beckenbodenfunktionsstörungen, ambulante Chemotherapie bei onkologischen Erkrankungen	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
20	Urodynamische Sprechstunde, Transurorethralenbotoxtherapie, Behandlung von Blasenentlassungsstörungen bei Beckenbodenfunktionsstörungen, ambulante Chemotherapie bei onkologischen Erkrankungen	VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
21	Urodynamische Sprechstunde, Transurorethralenbotoxtherapie, Behandlung von Blasenentlassungsstörungen bei Beckenbodenfunktionsstörungen, ambulante Chemotherapie bei onkologischen Erkrankungen	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
22	Urodynamische Sprechstunde, Transurorethralenbotoxtherapie, Behandlung von Blasenentlassungsstörungen bei Beckenbodenfunktionsstörungen, ambulante Chemotherapie bei onkologischen Erkrankungen	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
23	Urodynamische Sprechstunde, Transurorethralenbotoxtherapie, Behandlung von Blasenentlassungsstörungen bei Beckenbodenfunktionsstörungen, ambulante Chemotherapie bei onkologischen Erkrankungen	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems

#	Ambulanz	Leistung
24	Urodynamische Sprechstunde, Transurorethralenbotoxtherapie, Behandlung von Blasenentlassungsstörungen bei Beckenbodenfunktionsstörungen, ambulante Chemotherapie bei onkologischen Erkrankungen	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
25	Urodynamische Sprechstunde, Transurorethralenbotoxtherapie, Behandlung von Blasenentlassungsstörungen bei Beckenbodenfunktionsstörungen, ambulante Chemotherapie bei onkologischen Erkrankungen	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
26	Urodynamische Sprechstunde, Transurorethralenbotoxtherapie, Behandlung von Blasenentlassungsstörungen bei Beckenbodenfunktionsstörungen, ambulante Chemotherapie bei onkologischen Erkrankungen	VU09 - Neuro-Urologie
27	Urodynamische Sprechstunde, Transurorethralenbotoxtherapie, Behandlung von Blasenentlassungsstörungen bei Beckenbodenfunktionsstörungen, ambulante Chemotherapie bei onkologischen Erkrankungen	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
28	Urodynamische Sprechstunde, Transurorethralenbotoxtherapie, Behandlung von Blasenentlassungsstörungen bei Beckenbodenfunktionsstörungen, ambulante Chemotherapie bei onkologischen Erkrankungen	VU17 - Prostatazentrum
29	Urodynamische Sprechstunde, Transurorethralenbotoxtherapie, Behandlung von Blasenentlassungsstörungen bei Beckenbodenfunktionsstörungen, ambulante Chemotherapie bei onkologischen Erkrankungen	VU18 - Schmerztherapie
30	Urodynamische Sprechstunde, Transurorethralenbotoxtherapie, Behandlung von Blasenentlassungsstörungen bei Beckenbodenfunktionsstörungen, ambulante Chemotherapie bei onkologischen Erkrankungen	VU13 - Tumorchirurgie
31	Zentrale Notaufnahme und Urologische Ambulanz	VU06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane

#	Ambulanz	Leistung
32	Zentrale Notaufnahme und Urologische Ambulanz	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
33	Zentrale Notaufnahme und Urologische Ambulanz	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
34	Zentrale Notaufnahme und Urologische Ambulanz	VU07 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
35	Zentrale Notaufnahme und Urologische Ambulanz	VU03 - Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
36	Zentrale Notaufnahme und Urologische Ambulanz	VU08 - Kinderurologie
37	Zentrale Notaufnahme und Urologische Ambulanz	VU12 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
38	Zentrale Notaufnahme und Urologische Ambulanz	VU11 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
39	Zentrale Notaufnahme und Urologische Ambulanz	VU09 - Neuro-Urologie
40	Zentrale Notaufnahme und Urologische Ambulanz	VU10 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
41	Zentrale Notaufnahme und Urologische Ambulanz	VU17 - Prostatazentrum
42	Zentrale Notaufnahme und Urologische Ambulanz	VU18 - Schmerztherapie
43	Zentrale Notaufnahme und Urologische Ambulanz	VU14 - Spezialsprechstunde
44	Zentrale Notaufnahme und Urologische Ambulanz	VU13 - Tumorchirurgie
45	Zentrale Notaufnahme und Urologische Ambulanz	VU19 - Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik

B-[2200].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]	195
2	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	112
3	5-640	Operationen am Präputium	66
4	5-572	Zystostomie	10
5	5-611	Operation einer Hydrocele testis	6
6	8-110	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie [ESWL] von Steinen in den Harnorganen	4
7	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
8	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
9	5-636	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens	< 4

B-[2200].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2200].11 Personelle Ausstattung

B-[2200].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		9,12	Fälle je VK/Person	244,575485
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	9,12	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,64	**Stationär**	8,48

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		4,84	Fälle je VK/Person	468,17157
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	4,84	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,41	**Stationär**	4,43

B-[2200].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ60 - Urologie
2	AQ06 - Allgemeinchirurgie

B-[2200].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
2	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie

B-[2425] Klinik für Frauenheilkunde

B-[2425].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Frauenheilkunde

B-[2425].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	2425 - Frauenheilkunde
2	2500 - Geburtshilfe

B-[2425].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt bis 29.02.2024
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Marc Schüßler
Telefon	0208 881 4175
Fax	0208 881 4209
E-Mail	marc.schuessler@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/fachabteilungen/klinik-fuer-frauenheilkunde.html
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	komm. Chefarzt seit 01.03.2024
Titel, Vorname, Name	Raphael Canitz

Telefon	0208 881 1464
Fax	0208 881 1119
E-Mail	raphael.canitz@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/fachabteilungen/klinik-fuer-frauenheilkunde.html

B-[2425].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-[2425].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VG16 - Urogynäkologie
2	VR02 - Native Sonographie
3	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
4	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
5	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
6	VG07 - Inkontinenzchirurgie
7	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
8	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
9	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
10	VG15 - Spezialsprechstunde

#	Medizinische Leistungsangebote
11	VG05 - Endoskopische Operationen
12	VG00 - („Sonstiges“) *Organzentrum mit Zusatzangeboten: Brustzentrum MülheimOberhausen*
13	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
14	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
15	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
16	VG19 - Ambulante Entbindung
17	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
18	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
19	VG00 - („Sonstiges“): Twinklinik
20	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
21	VG00 - („Sonstiges“): Perinatalzentrum Level 1
22	VG00 - („Sonstiges“): Redman-CTG zur Versorgung von Hochrisikoschwangerschaften
23	VG00 - („Sonstiges“): CTG-Zentralüberwachung mit computerisierter Echtzeit-Auswertung.
24	VG00 - („Sonstiges“): Hebammenkreißssaal

B-[2425].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	5010
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2425].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	1340
2	O42	Vorzeitiger Blasensprung	333

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
3	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	322
4	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	305
5	O70	Dammriss unter der Geburt	269
6	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus	166
7	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	158
8	O80	Spontangeburt eines Einlings	115
9	O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung, anderenorts nicht klassifiziert	111
10	O71	Sonstige Verletzungen unter der Geburt	105
11	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	100
12	O14	Präeklampsie	83
13	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus	81
14	D25	Leiomyom des Uterus	81
15	O72	Postpartale Blutung	63
16	N81	Genitalprolaps bei der Frau	62
17	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	54
18	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	54
19	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	52
20	N80	Endometriose	39
21	O82	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]	39
22	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	39
23	O62	Abnorme Wehentätigkeit	38
24	O47	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]	36

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
25	O99	Sonstige Krankheiten der Mutter, die anderenorts klassifizierbar sind, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	35
26	O13	Gestationshypertonie [schwangerschaftsinduzierte Hypertonie]	35
27	Z39	Postpartale Betreuung und Untersuchung der Mutter	33
28	O44	Placenta praevia	33
29	O48	Übertragene Schwangerschaft	29
30	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	26

B-[2425].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	1717
2	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	1266
3	5-749	Andere Sectio caesarea	1025
4	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	949
5	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	484
6	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	376
7	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	311
8	9-500	Patientenschulung	278
9	5-728	Vakuumentbindung	216
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	147
11	5-870	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	135
12	9-280	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes	120
13	5-704	Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik	116
14	5-756	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal)	112

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
15	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	112
16	5-683	Uterusexstirpation [Hysterektomie]	107
17	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	103
18	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	100
19	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	98
20	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	93
21	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	92
22	5-661	Salpingektomie	92
23	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	84
24	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	82
25	3-100	Mammographie	74
26	5-653	Salpingoovariektomie	69
27	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	60
28	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	57
29	5-469	Andere Operationen am Darm	57
30	8-711	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen	53

B-[2425].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Gynäkologischer Ultraschall *Spezielle Ultraschalluntersuchungen auf Überweisung von niedergelassenen Ärzten/ Ärztinnen & High End Sonographie*

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Dysplasiesprechstunde
3	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Urogynäkologische Sprechstunde *Urodynamische Diagnostik und Inkontinenz-Behandlung*
4	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Konsiliarische Beratung, Untersuchung zu allen benignen und malignen, unsicheren Fragestellungen aus dem Bereich der Senologie *Konsiliarische Beratung auf Überweisung von Fachärzten Für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie und für männliche Patienten auch auf Überweisung von Fachärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Innere Medizin*
5	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Teilnahme an multidisziplinärer Fallkonferenz
6	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
7	AM07 - Privatambulanz	Onkologische Tagesklinik; Dysplasie-Sprechstunde; Gynäkologischer Ultraschall Urodynamik, Brustzentrum *Weiterführende gynäko-onkologische Therapie; Weiterführende Diagnostik von Veränderungen im Bereich des Gebärmutterhalses; Spezielle Ultraschalluntersuchungen auf Überweisung von niedergelassenen Frauenärzten.*
8	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.*
9	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Ultraschall, Geburtsplanungsgespräche, Schwangerschaftsbetreuung KV *Vorgeburtliche Ultraschalldiagnostik mit Doppler-Untersuchung; Choriozottenbiopsie; Cordozentese; Amniozentese; Ersttrimesterscreening; Klärung von Fragestellungen zum fetalen Missbildungsausschuss*
10	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen
11	AM07 - Privatambulanz	Ultraschall-Diagnostik; Geburtsplanungsgespräche; Schwangerschaftsbetreuung *Vorgeburtliche Ultraschalldiagnostik; Klärung von Fragestellungen zum fetalen Missbildungsausschluss*
12	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Kreißsaal *Der Kreißsaal steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.*

B-[2425].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Gynäkologischer Ultraschall	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren

#	Ambulanz	Leistung
2	Gynäkologischer Ultraschall	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
3	Gynäkologischer Ultraschall	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
4	Gynäkologischer Ultraschall	VG15 - Spezialsprechstunde
5	Onkologische Tagesklinik; Dysplasie-Sprechstunde; Gynäkologischer Ultraschall Urodynamik, Brustzentrum	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
6	Onkologische Tagesklinik; Dysplasie-Sprechstunde; Gynäkologischer Ultraschall Urodynamik, Brustzentrum	VG01 - Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
7	Onkologische Tagesklinik; Dysplasie-Sprechstunde; Gynäkologischer Ultraschall Urodynamik, Brustzentrum	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
8	Onkologische Tagesklinik; Dysplasie-Sprechstunde; Gynäkologischer Ultraschall Urodynamik, Brustzentrum	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
9	Onkologische Tagesklinik; Dysplasie-Sprechstunde; Gynäkologischer Ultraschall Urodynamik, Brustzentrum	VG05 - Endoskopische Operationen
10	Onkologische Tagesklinik; Dysplasie-Sprechstunde; Gynäkologischer Ultraschall Urodynamik, Brustzentrum	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
11	Onkologische Tagesklinik; Dysplasie-Sprechstunde; Gynäkologischer Ultraschall Urodynamik, Brustzentrum	VG15 - Spezialsprechstunde
12	Onkologische Tagesklinik; Dysplasie-Sprechstunde; Gynäkologischer Ultraschall Urodynamik, Brustzentrum	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
13	Onkologische Tagesklinik; Dysplasie-Sprechstunde; Gynäkologischer Ultraschall Urodynamik, Brustzentrum	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
14	Onkologische Tagesklinik; Dysplasie-Sprechstunde; Gynäkologischer Ultraschall Urodynamik, Brustzentrum	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
15	Urogynäkologische Sprechstunde	VG07 - Inkontinenzchirurgie

#	Ambulanz	Leistung
16	Urogynäkologische Sprechstunde	VG16 - Urogynäkologie
17	Zentrale Notaufnahme	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
18	Zentrale Notaufnahme	VG13 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
19	Zentrale Notaufnahme	VG02 - Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
20	Zentrale Notaufnahme	VG14 - Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
21	Zentrale Notaufnahme	VG03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
22	Zentrale Notaufnahme	VG05 - Endoskopische Operationen
23	Zentrale Notaufnahme	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
24	Zentrale Notaufnahme	VG07 - Inkontinenzchirurgie
25	Zentrale Notaufnahme	VG04 - Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
26	Zentrale Notaufnahme	VG15 - Spezialsprechstunde
27	Zentrale Notaufnahme	VG16 - Urogynäkologie
28	Vor- und nachstationäre Leistungen	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
29	Vor- und nachstationäre Leistungen	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
30	Vor- und nachstationäre Leistungen	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
31	Ultraschall, Geburtsplanungsgespräche, Schwangerschaftsbetreuung KV	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
32	Ultraschall, Geburtsplanungsgespräche, Schwangerschaftsbetreuung KV	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
33	Ultraschall, Geburtsplanungsgespräche, Schwangerschaftsbetreuung KV	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie

#	Ambulanz	Leistung
34	Ultraschall-Diagnostik; Geburtsplanungsgespräche; Schwangerschaftsbetreuung	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
35	Ultraschall-Diagnostik; Geburtsplanungsgespräche; Schwangerschaftsbetreuung	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie
36	Kreißsaal	VG10 - Betreuung von Risikoschwangerschaften
37	Kreißsaal	VG11 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
38	Kreißsaal	VG12 - Geburtshilfliche Operationen
39	Kreißsaal	VG09 - Pränataldiagnostik und -therapie

B-[2425].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	186
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	185
3	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	97
4	1-472	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri	49
5	5-681	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus	42
6	5-711	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste)	10
7	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	10
8	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	8
9	5-653	Salpingoovariektomie	4
10	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	4
11	5-661	Salpingektomie	4
12	5-663	Destruktion und Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation]	< 4

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Anzahl
13	5-675	Andere Rekonstruktion der Cervix uteri	< 4
14	8-100	Fremdkörperentfernung durch Endoskopie	< 4
15	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	< 4
16	5-469	Andere Operationen am Darm	< 4
17	5-660	Salpingotomie	< 4
18	1-661	Diagnostische Urethrozystoskopie	< 4
19	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	< 4
20	5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	< 4
21	5-751	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]	< 4

B-[2425].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[2425].11 Personelle Ausstattung

B-[2425].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 Klink für Frauenheilkunde wurde anhand eines von uns definierten Verteilungsschlüssels auf Basis der Belegungszahlen eingesetzten Mitarbeiter in die Fachabteilungen der Gynäkologie und Geburtshilfe durchschnittlich verteilt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		16,46	Fälle je VK/Person	346,7128
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	16,46	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	2,01	**Stationär**	14,45

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		6,43	Fälle je VK/Person	819,9672
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	6,43	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,32	**Stationär**	6,11

B-[2425].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ16 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
2	AQ17 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
3	AQ14 - Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-[2425].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF25 - Medikamentöse Tumortherapie
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
3	ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
4	ZF02 - Akupunktur

B-[3600] Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

B-[3600].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

B-[3600].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3600 - Intensivmedizin

B-[3600].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Priv. Doz. Dr. med. Peter Kiefer
Telefon	0208 881 1654
Fax	0208 881 3162
E-Mail	peter.kiefer@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/klinik-fuer-anaesthesie-und-intensivmedizin.html

B-[3600].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-[3600].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI40 - Schmerztherapie
2	VI20 - Intensivmedizin *Zentraleinheit*
3	VI42 - Transfusionsmedizin *Bereitstellung und Anwendung maschinelle Autotransfusion.*

B-[3600].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3600].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3600].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3600].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[3600].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3600].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3600].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3600].11 Personelle Ausstattung

B-[3600].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		21,38	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	21,38	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	1,01	**Stationär**	20,37

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		10,07	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	10,07	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,48	**Stationär**	9,59

B-[3600].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie

B-[3600].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin
2	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF13 - Homöopathie (aus MWBO 2018 entfernt)

B-[3751] Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

B-[3751].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

B-[3751].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3751 - Radiologie

B-[3751].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Claus Nolte-Ernsting
Telefon	0208 309 2701
Fax	0208 309 2701
E-Mail	Claus.Nolte-Ernsting@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/kliniken-zentren/kliniken/klinik-fuer-diagnostische-und-interventionelle-radiologie

B-[3751].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-[3751].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
2	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren) *Keine DPX Knochendichtemessung. Nur CT-Osteodensitometrie.*
3	VR16 - Phlebographie
4	VR15 - Arteriographie
5	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
6	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren *unter anderem Kardio-CT, CT-Urographie, Clip-/Drahtmarkierung, Perfusionsbildgebung*
7	VR07 - Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) *Mammographisch gesteuerte Drahtmarkierungen*
8	VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
9	VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren *unter anderem Kardio-MRT, MR Mammographie, MR Angiographie, MR Urographie, Prostata-MRT inkl. semiautomatischer, quantitativer Bildanalyse mittels Dyna-CAD-Software*
10	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
11	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
12	VR41 - Interventionelle Radiologie *Interventionell-radiologische Gefäßmedizin, Tumortherapie und Schmerzbehandlung. Angiographisch und CT-gesteuert.*

#	Medizinische Leistungsangebote
13	VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel *Leberspezifisches MR-Kontrastmittel*
14	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
15	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
16	VR42 - Kinderradiologie
17	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
18	VR47 - Tumorembolisation *Transarterielle Chemoembolisation sowie Thermoablation mit Radiofrequenz und/oder Mikrowelle zur Tumorzerstörung durch Hitze in Leber, Lunge, Niere, Nebenniere und Skelettsystem*

B-[3751].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3751].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3751].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3751].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Radiologische Untersuchungen *Radiologie für ermächtigte Ärztinnen/ Ärzte EKO*
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
3	AM07 - Privatambulanz	Privat-Sprechstunde
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.*

B-[3751].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3751].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3751].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3751].11 Personelle Ausstattung

B-[3751].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		6,47	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	6,47	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	1,48	**Stationär**	4,99

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3,47	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,47	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,8	**Stationär**	2,67

B-[3751].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ54 - Radiologie

B-[3751].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[3790] Sozialpädiatrisches Zentrum Oberhausen

B-[3790].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Sozialpädiatrisches Zentrum Oberhausen

B-[3790].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3790 - Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(II)
2	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3790].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Joachim Opp
Telefon	0208 881 1390
Fax	0208 881 1409
E-Mail	joachim.opp@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/fachabteilungen/sozialpaediatrisches-zentrum.html

B-[3790].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-[3790].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen *in Kooperation mit der Klinik für Kinder und Jugendliche*
2	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
3	VK34 - Neuropädiatrie
4	VK28 - Pädiatrische Psychologie
5	VK27 - Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes *in Kooperation mit der Klinik für Kinder und Jugendliche*
6	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
7	VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
8	VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen *in Kooperation mit der Klinik für Kinder und Jugendliche*
9	VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener *in Kooperation mit der Klinik für Kinder und Jugendliche*
10	VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen *in Kooperation mit der Klinik für Kinder und Jugendliche*
11	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden *in Kooperation mit der Klinik für Kinder und Jugendliche*

#	Medizinische Leistungsangebote
12	VK21 - Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien *in Kooperation mit der Klinik für Kinder und Jugendliche*
13	VK17 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen *in Kooperation mit der Klinik für Kinder und Jugendliche*
14	VK35 - Sozialpädiatrisches Zentrum
15	VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter

B-[3790].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3790].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3790].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3790].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM03 - Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik *Das Sozialpädiatrische Zentrum arbeitet an zwei Standorten: Evang. KH Oberhausen und Mülheim/Ruhr*
2	AM12 - Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V	*Prokids*

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
3	AM07 - Privatambulanz	Sozialpädiatrische Ambulanz *Das Sozialpädiatrische Zentrum arbeitet an zwei Standorten: Evang. KH Oberhausen und Mülheim/Ruhr*

B-[3790].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Sozialpädiatrische Ambulanz	VK21 - Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
2	Sozialpädiatrische Ambulanz	VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
3	Sozialpädiatrische Ambulanz	VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
4	Sozialpädiatrische Ambulanz	VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
5	Sozialpädiatrische Ambulanz	VK17 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
6	Sozialpädiatrische Ambulanz	VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
7	Sozialpädiatrische Ambulanz	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
8	Sozialpädiatrische Ambulanz	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
9	Sozialpädiatrische Ambulanz	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
10	Sozialpädiatrische Ambulanz	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
11	Sozialpädiatrische Ambulanz	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
12	Sozialpädiatrische Ambulanz	VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen

#	Ambulanz	Leistung
13	Sozialpädiatrische Ambulanz	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
14	Sozialpädiatrische Ambulanz	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
15	Sozialpädiatrische Ambulanz	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
16	Sozialpädiatrische Ambulanz	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
17	Sozialpädiatrische Ambulanz	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
18	Sozialpädiatrische Ambulanz	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
19	Sozialpädiatrische Ambulanz	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
20	Sozialpädiatrische Ambulanz	VK23 - Versorgung von Mehrlingen
21	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VK21 - Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
22	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VK22 - Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
23	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VK16 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
24	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VK18 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen

#	Ambulanz	Leistung
25	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VK17 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
26	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VK15 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
27	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VN05 - Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
28	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
29	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VK26 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
30	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VN03 - Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
31	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VN08 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
32	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VN11 - Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
33	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
34	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VN14 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus

#	Ambulanz	Leistung
35	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VH03 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
36	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
37	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
38	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VK27 - Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
39	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VK20 - Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
40	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
41	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
42	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VK34 - Neuropädiatrie
43	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VK28 - Pädiatrische Psychologie
44	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VK24 - Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen

#	Ambulanz	Leistung
45	Sozialpädiatrische Ambulanz und Kinderschutzambulanz in Kooperation mit der Kinderklinik	VK35 - Sozialpädiatrisches Zentrum

B-[3790].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3790].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3790].11 Personelle Ausstattung

B-[3790].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		7,07	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	7,07	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	6,9	**Stationär**	0,17

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		6,76	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	6,76	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	6,63	**Stationär**	0,13

B-[3790].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ32 - Kinder- und Jugendmedizin
2	AQ36 - Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie
3	AQ37 - Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

B-[3790].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF36 - Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003)

B-[3791] Institut für Laboratoriumsmedizin und Klinische Mikrobiologie

B-[3791].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Institut für Laboratoriumsmedizin und Klinische Mikrobiologie

B-[3791].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3791 - Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(III)
2	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3791].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin im Leistungsbereich Klinische Mikrobiologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Britt Hornei
Telefon	0208 881 3451
Fax	0208 881 3459
E-Mail	Britt.Hornei@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/fachabteilungen/institut-fuer-laboratoriumsmedizin-und-klinische-mikrobiologie

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin im Leistungsbereich Laboratoriumsmedizin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Claudia Baumann
Telefon	0208 881 3451
Fax	0208 881 3459
E-Mail	Claudia.Baumann@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/fachabteilungen/institut-fuer-laboratoriumsmedizin-und-klinische-mikrobiologie.html

B-[3791].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-[3791].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VI42 - Transfusionsmedizin *Transfusionsmedizinische /Immunhämatologische Fachberatung*
2	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
3	VI00 - („Sonstiges"): Basislabor und Speziallabor für Serologie und Autoimmundiagnostik, Laboratoriumsmedizin
4	VX00 - („Sonstiges"): Speziallabor für mikrobiologische Diagnostik einschließlich Tuberkuloseuntersuchungen und molekularbiologischer Diagnostik
5	VX00 - („Sonstiges"): Hygienisch-Mikrobiologische Untersuchungen, Sterilitätskontrollen

#	Medizinische Leistungsangebote
6	VX00 - („Sonstiges"): Laborautomation für die klinische Chemie und Immunologie (Laborstraße), für die Gerinnung, die Hämatologie sowie Immunhämatologie.
7	VX00 - („Sonstiges"): Mikrobiologische Konsildienst/ABS-Visiten
8	VX00 - („Sonstiges"): Das gesamte Laborleistungsspektrum besteht auch als MVZ-Leistungsangebot für niedergelassene Einsenderinnen und Einsender

B-[3791].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3791].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3791].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3791].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	Labordiagnostik und Mikrobiologie
2	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	ASV bei GI-Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle *Hinzuziehende Fachärzte*
3	AM07 - Privatambulanz	Sprechstunde für Patienten mit Gerinnungsstörungen

B-[3791].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Sprechstunde für Patienten mit Gerinnungsstörungen	VI00 - („Sonstiges")

#	Ambulanz	Leistung
2	Sprechstunde für Patienten mit Gerinnungsstörungen	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
3	Sprechstunde für Patienten mit Gerinnungsstörungen	VI42 - Transfusionsmedizin

B-[3791].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3791].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3791].11 Personelle Ausstattung

B-[3791].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		3,75	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,75	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	3,75

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		1,84	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,84	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,84

B-[3791].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ59 - Transfusionsmedizin *Zuständigkeitsbereich von Frau Dr. Baumann*
2	AQ38 - Laboratoriumsmedizin *Zuständigkeitsbereich von Frau Dr. Baumann*
3	AQ39 - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie *Zuständigkeitsbereich von Frau Dr. Hornei*
4	AQ22 - Hygiene und Umweltmedizin *Zuständigkeitsbereich von Frau Dr. Hornei*

B-[3791].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF14 - Infektiologie
2	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement

B-[3700] Institut für Pathologie

B-[3700].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Institut für Pathologie

B-[3700].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3700].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Chefarzt / Chefärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Priv. Doz. Dr. med. Andrea Maria Gassel
Telefon	0208 881 3150
Fax	0208 881 3155
E-Mail	andrea.gassel@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/kliniken-zentren/kliniken/institut-fuer-pathologie

B-[3700].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-[3700].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

B-[3700].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3700].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3700].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3700].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM10 - Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V	MVZ Mülheim GmbH
2	AM04 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Teilnahme an multiprofessionellen Fallkonferenzen

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
3	AM17 - Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	AV bei GI-Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle *Hinzuziehende Fachärzte*

B-[3700].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3700].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3700].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3700].11 Personelle Ausstattung

B-[3700].11.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		3,82	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,82	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	3,82

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		1,92	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	1,92	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0	**Stationär**	1,92

B-[3700].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ46 - Pathologie

B-[3700].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[3700-1] Zentrale Notaufnahme

B-[3700-1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht Bettenführende Abteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Zentrale Notaufnahme

B-[3700-1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3700 - Sonstige Fachabt.

B-[3700-1].1.2 Ärztliche Leitung

Leitungsart

Leitungsart	Leitender Arzt / Leitende Ärztin

Namen und Kontaktdaten

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Andrea Büchner
Telefon	0208 881 1653
E-Mail	Andrea.Buechner@eko.de
Strasse	Virchowstraße
Hausnummer	20
PLZ	46047
Ort	Oberhausen
URL	https://eko.de/kliniken-zentren/kliniken/zentrale-notaufnahme

B-[3700-1].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-[3700-1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VX00 - („Sonstiges"): Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.
2	VX00 - („Sonstiges"): Die Zentrale Notaufnahme führt eine Beobachtungsstation mit sechs Betten. Diese sind alle mit Patientenüberwachungsmonitoren ausgestattet.
3	VC71 - Notfallmedizin
4	VO21 - Traumatologie
5	VI20 - Intensivmedizin
6	VI40 - Schmerztherapie
7	VI42 - Transfusionsmedizin

B-[3700-1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3700-1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3700-1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3700-1].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3700-1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-[3700-1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3700-1].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3700-1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notaufnahme *Die Zentrale Notaufnahme steht allen Notfallpatienten jederzeit zur Verfügung.*
2	AM09 - D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	Zentrale Notaufnahme *Im Bereich der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie.*

B-[3700-1].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Zentrale Notaufnahme	VC71 - Notfallmedizin
2	Zentrale Notaufnahme	VO21 - Traumatologie

B-[3700-1].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3700-1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3700-1].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3700-1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3700-1].11 Personelle Ausstattung

B-[3700-1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten	0

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Gesamt		5,63	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	5,63	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	1,1	**Stationär**	4,53

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Gesamt		3,68	Fälle je VK/Person	0
Beschäftigungsverhältnis	**Mit**	3,68	**Ohne**	0
Versorgungsform	**Ambulant**	0,97	**Stationär**	2,71

B-[3700-1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

B-[3700-1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

09/1 - Herzschrittmacher-Implantation	
Fallzahl	111
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	111
09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	
Fallzahl	33
Dokumentationsrate	103,03
Anzahl Datensätze Standort	34
09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
Fallzahl	11
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	11
09/4 - Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	
Fallzahl	29
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	29
09/5 - Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	
Fallzahl	14
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	14
09/6 - Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
Fallzahl	6
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	6
10/2 - Karotis-Revaskularisation	
Fallzahl	66

Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	66
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	333
Dokumentationsrate	100,3
Anzahl Datensätze Standort	334
16/1 - Geburtshilfe	
Fallzahl	2062
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	2062
17/1 - Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	
Fallzahl	53
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	53
18/1 - Mammachirurgie	
Fallzahl	150
Dokumentationsrate	102,67
Anzahl Datensätze Standort	154
CHE - Cholezystektomie	
Fallzahl	159
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	159
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	317
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	317
HEP - Hüftendoprothesenversorgung	
Fallzahl	263
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	263
HEP_IMP - Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation	
Fallzahl	247
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	247
HEP_WE - Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	17

Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	17
KEP - Knieendoprothesenversorgung	
Fallzahl	373
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	373
KEP_IMP - Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation	
Fallzahl	360
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	360
KEP_WE - Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel	
Fallzahl	13
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	13
NEO - Neonatologie	
Fallzahl	475
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	475
PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	
Fallzahl	2145
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	2145

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)	
Ergebnis-ID	**51906**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,08
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,14
Rechnerisches Ergebnis	0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,20 - 3,11

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes

vorgenommen	
Ergebnis-ID	**12874**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,84

Fallzahl

Grundgesamtheit	87
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

3. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis	
Ergebnis-ID	**10211**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist

Fachlicher Hinweis IQTIG	zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	6,99
Vertrauensbereich bundesweit	6,63 - 7,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

4. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	**172000_10211**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	11,00
Vertrauensbereich bundesweit	9,82 - 12,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

5. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	**172001_10211**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	12,40
Vertrauensbereich bundesweit	11,38 - 13,47
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 20,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0

6. 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	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle

	zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,69 - 0,85
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,74

Fallzahl

Grundgesamtheit	90
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

7. 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	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	18,44
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 19,19

Rechnerisches Ergebnis	26,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	11,69 - 46,08

Fallzahl

Grundgesamtheit	23
Beobachtete Ereignisse	6

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 29,96 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	**612**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	89,36
Vertrauensbereich bundesweit	89,05 - 89,67
Rechnerisches Ergebnis	97,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,58 - 99,50

Fallzahl

Grundgesamtheit	84
Beobachtete Ereignisse	82

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 81,46 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	**52283**
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,01
Vertrauensbereich bundesweit	2,91 - 3,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,46 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

10. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	**56003**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	81,10
Vertrauensbereich bundesweit	80,65 - 81,55
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,56 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	55
Beobachtete Ereignisse	55

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 75,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

11. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	**56004**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	1,51
Vertrauensbereich bundesweit	1,38 - 1,66
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,44

Fallzahl

Grundgesamtheit	55
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,50 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

12. Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

Ergebnis-ID	**56008**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,22 - 0,24
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,11

Fallzahl

Grundgesamtheit	2344
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 0,25 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

13. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Ergebnis-ID	**56014**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI

	zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,08
Vertrauensbereich bundesweit	94,86 - 95,30
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,28 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	91
Beobachtete Ereignisse	91

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 94,54 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

14. Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**56100**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte

	Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Bundesergebnis	1,09
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,17
Rechnerisches Ergebnis	0,61
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,30 - 1,13

Fallzahl

Grundgesamtheit	33

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

15. Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**56101**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,33 - 1,15

Fallzahl

Grundgesamtheit	50

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

16. Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten hinzuziehen

Ergebnis-ID	**56103**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,18
Vertrauensbereich bundesweit	89,06 - 89,29
Rechnerisches Ergebnis	81,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,74 - 85,79

Fallzahl

Grundgesamtheit	87

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

17. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten

Ergebnis-ID	**56104**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	86,68
Vertrauensbereich bundesweit	86,60 - 86,76
Rechnerisches Ergebnis	86,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,80 - 88,19

Fallzahl

Grundgesamtheit	87

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

18. Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten

Ergebnis-ID	**56105**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	85,11
Vertrauensbereich bundesweit	85,05 - 85,17
Rechnerisches Ergebnis	80,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,26 - 82,10

Fallzahl

Grundgesamtheit	87

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

19. Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert

Ergebnis-ID	**56106**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	75,09
Vertrauensbereich bundesweit	74,95 - 75,23
Rechnerisches Ergebnis	68,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,49 - 72,06

Fallzahl

Grundgesamtheit	83

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

20. Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert

Ergebnis-ID	**56107**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Einheit	Punkte
Bundesergebnis	89,65
Vertrauensbereich bundesweit	89,36 - 89,94
Rechnerisches Ergebnis	89,84
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,42 - 95,93

Fallzahl

Grundgesamtheit	68

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21. Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen

Ergebnis-ID	**56108**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI

	Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	80,49
Vertrauensbereich bundesweit	80,28 - 80,70
Rechnerisches Ergebnis	73,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,34 - 78,90

Fallzahl

Grundgesamtheit	83

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

22. Wartezeit im Patientenhemd vor der Zeit im Herzkatheterlabor	
Ergebnis-ID	**56109**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere

	Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	84,20
Vertrauensbereich bundesweit	84,01 - 84,39
Rechnerisches Ergebnis	72,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	66,31 - 77,86

Fallzahl

Grundgesamtheit	83

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen

Ergebnis-ID	**56110**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?

Fachlicher Hinweis IQTIG	Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,25
Vertrauensbereich bundesweit	91,02 - 91,49
Rechnerisches Ergebnis	90,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,48 - 95,12

Fallzahl

Grundgesamtheit	39

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

24. Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung

Ergebnis-ID	**56111**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine

Fachlicher Hinweis IQTIG	fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	79,82
Vertrauensbereich bundesweit	79,64 - 80,01
Rechnerisches Ergebnis	69,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	64,89 - 73,49

Fallzahl

Grundgesamtheit	87

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

25. Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente

Ergebnis-ID	**56112**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende

Fachlicher Hinweis IQTIG	Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	61,62
Vertrauensbereich bundesweit	61,39 - 61,85
Rechnerisches Ergebnis	55,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	49,57 - 61,22

Fallzahl

Grundgesamtheit	29

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

26. Patientinnen und Patienten mit dringend notwendigem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung	
Ergebnis-ID	**56113**

Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	49,11
Vertrauensbereich bundesweit	48,50 - 49,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27. Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder

ein Rezept mitzubekommen	
Ergebnis-ID	**56114**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	91,88
Vertrauensbereich bundesweit	91,32 - 92,42
Rechnerisches Ergebnis	88,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	67,15 - 99,09
Fallzahl	
Grundgesamtheit	13
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

28. Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel

Ergebnis-ID	**56115**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	78,26
Vertrauensbereich bundesweit	77,99 - 78,54

Rechnerisches Ergebnis	57,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	47,30 - 66,85

Fallzahl

Grundgesamtheit	87

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde

Ergebnis-ID	**56116**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr

	2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Einheit	Punkte
Bundesergebnis	93,53
Vertrauensbereich bundesweit	93,34 - 93,71
Rechnerisches Ergebnis	85,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	76,92 - 92,27

Fallzahl

Grundgesamtheit	87

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30. Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**56117**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/.

	Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,55 - 1,06

Fallzahl

Grundgesamtheit	83

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31. Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**56118**
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Dieser Qualitätsindikator basiert auf der schriftlichen Befragung von Patientinnen und Patienten. Ein Ergebnis ist dann auffällig, wenn die Patientenantworten insgesamt darauf schließen lassen, dass eine vorab definierte Qualitätsanforderung vom Krankenhaus nicht erreicht wurde. Die Qualitätsanforderung wird anhand eines

	Referenzbereichs festgelegt. Der konkrete Bezug zu Einzelfällen oder einzelnen Antworten ist zu keinem Zeitpunkt nach der Auswertung möglich. Weitere Informationen zur Auswertungsmethodik der Patientenbefragung sind hier zu finden: https://iqtig.org/qi-patientenbefragungen/. Informationen zum Ablauf der Patientenbefragung sind der Patienteninformation des G-BA zum Verfahren QS PCI zu entnehmen: G-BA_Patienteninformation-PCI_QS-PCI Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,54 - 1,02

Fallzahl

Grundgesamtheit	33

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32. Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt

Ergebnis-ID	**51846**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%

Bundesergebnis	98,65
Vertrauensbereich bundesweit	98,57 - 98,73
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,71 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	108
Beobachtete Ereignisse	108

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 97,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

Ergebnis-ID	**212000**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	96,20
Vertrauensbereich bundesweit	95,73 - 96,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 94,85 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34. Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

Ergebnis-ID	**212001**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	88,66
Vertrauensbereich bundesweit	88,27 - 89,05
Rechnerisches Ergebnis	90,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,93 - 96,70

Fallzahl

Grundgesamtheit	42
Beobachtete Ereignisse	38

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 70,92 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.

Ergebnis-ID	**52330**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	98,90
Vertrauensbereich bundesweit	98,73 - 99,04
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,34 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	20

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

36. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.

Ergebnis-ID	**52279**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis

	analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	98,97
Vertrauensbereich bundesweit	98,86 - 99,08
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,56 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	55
Beobachtete Ereignisse	55

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37. Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

Ergebnis-ID	**2163**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,08
Vertrauensbereich bundesweit	0,03 - 0,17
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 44,48

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

38. Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde

Ergebnis-ID	**50719**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	3,04
Vertrauensbereich bundesweit	2,62 - 3,51
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,01 - 44,48

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht

Ergebnis-ID	**51847**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle

	zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	97,33
Vertrauensbereich bundesweit	97,14 - 97,51
Rechnerisches Ergebnis	97,37
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,35 - 99,71

Fallzahl

Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	37

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40. Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Ergebnis-ID	**51370**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	1,64
Vertrauensbereich bundesweit	1,53 - 1,75
Rechnerisches Ergebnis	0,00

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,51

Fallzahl

Grundgesamtheit	70
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,91 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41. Nach der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.

Ergebnis-ID	**211800**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	99,63
Vertrauensbereich bundesweit	99,58 - 99,68
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	97,26 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	90
Beobachtete Ereignisse	90

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 98,69 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. Vor der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.

Ergebnis-ID	**212400**
Leistungsbereich	MC - Operation an der Brust
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	80,10
Vertrauensbereich bundesweit	79,81 - 80,39
Rechnerisches Ergebnis	40,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	31,32 - 49,97

Fallzahl

Grundgesamtheit	104
Beobachtete Ereignisse	42

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 38,35 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

Ergebnis-ID	**52240**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	6,98
Vertrauensbereich bundesweit	3,24 - 14,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**11704**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die

Fachlicher Hinweis IQTIG	das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 4,26

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,10 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. 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	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,86 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 6,29

Fallzahl

Grundgesamtheit	66
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,58

46. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während der Operation einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

Ergebnis-ID	**162301**
	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden

Leistungsbereich	Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,46
Vertrauensbereich bundesweit	1,27 - 1,67
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 8,38

Fallzahl

Grundgesamtheit	42
Beobachtete Ereignisse	0

47. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	**605**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%

Bundesergebnis	1,36
Vertrauensbereich bundesweit	1,17 - 1,58
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 9,89

Fallzahl

Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	0

48. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	**606**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,15
Vertrauensbereich bundesweit	1,56 - 2,97
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 35,43

Fallzahl

Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0

49. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

Ergebnis-ID	**51859**
	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden

Leistungsbereich	Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,10
Vertrauensbereich bundesweit	2,76 - 3,49
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 15,46

Fallzahl

Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	0

50. 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	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG	einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,05
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

51. 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	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher

Fachlicher Hinweis IQTIG	findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,22
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

52. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während oder nach dem Eingriff mit einem Katheter/ mit einem Schlauch (Katheter) einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben

Ergebnis-ID	**162304**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,83

Vertrauensbereich bundesweit	1,42 - 2,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

53. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, und Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Ergebnis-ID	**51445**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,74
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 2,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

54. Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war, sowie Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden

Ergebnis-ID	**51448**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren

Fachlicher Hinweis IQTIG	haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,23
Vertrauensbereich bundesweit	1,31 - 3,77
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

55. Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Ergebnis-ID	**51860**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,05
Vertrauensbereich bundesweit	2,43 - 3,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

56. Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt

für Neurologie untersucht worden sind

Ergebnis-ID	**161800**
Leistungsbereich	KAROTIS - Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	92,31
Vertrauensbereich bundesweit	92,01 - 92,60
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	94,50 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	66
Beobachtete Ereignisse	66

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 80,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

57. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der

Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	**52009**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	1,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,31 - 2,03
Fallzahl	
Grundgesamtheit	21466
Beobachtete Ereignisse	80

Erwartete Ereignisse	49,08

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,45 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

58. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Ergebnis-ID	**52326**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,35
Vertrauensbereich bundesweit	0,35 - 0,35
Rechnerisches Ergebnis	0,28
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,22 - 0,36

Fallzahl

Grundgesamtheit	21466
Beobachtete Ereignisse	60

59. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID	**521801**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche

Fachlicher Hinweis IQTIG	Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,05 - 0,13

Fallzahl

Grundgesamtheit	21466
Beobachtete Ereignisse	17

60. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.

Ergebnis-ID	**521800**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,01 - 0,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

61. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Ergebnis-ID	**52010**
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,02

Fallzahl

Grundgesamtheit	21466
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	**54030**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - 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	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle

	zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	7,57
Vertrauensbereich bundesweit	7,37 - 7,78
Rechnerisches Ergebnis	7,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,97 - 17,86

Fallzahl

Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	4

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. 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	HGV-OSFRAK - 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	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,72
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,94 - 2,88

Fallzahl

Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	5,22

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,37 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64. Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehllagen 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) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**54029**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - 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	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,44

Fallzahl

Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,04

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,87 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65. Komplikationen (z. B. Schlaganfall, 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	HGV-OSFRAK - 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	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,07
Rechnerisches Ergebnis	0,75
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,33 - 1,62

Fallzahl	
Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	6,63

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,21 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

66. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**54046**
Leistungsbereich	HGV-OSFRAK - Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-

	verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,19 - 2,38

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

67. Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Ergebnis-ID	**54003**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	8,15
Vertrauensbereich bundesweit	7,95 - 8,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 15,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

68. Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**54015**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,11 - 0,88

Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,08 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**54016**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der

	Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,14 - 1,79

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,84 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

70. Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**54017**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar

Fachlicher Hinweis IQTIG	und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,08 - 1,91

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,07 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

71. 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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**54018**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da

Fachlicher Hinweis IQTIG	Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,31

Fallzahl

Grundgesamtheit	52
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,72

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,42 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

72. 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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**54019**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	0,43
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 1,52

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,48 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

73. Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**54120**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen

	Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,32
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,06 - 1,44

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,22 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

74. Komplikationen im Zusammenhang mit dem Implantat (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**191800_54120**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur

	Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,08
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,93

Fallzahl

Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,60

75. Komplikationen am Gewebe (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**191801_54120**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0,58

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 2,64

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

76. 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	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,91

Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,34 - 1,83

Fallzahl

Grundgesamtheit	232
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	6,27

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,44 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

77. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**54013**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität

	vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,89
Vertrauensbereich bundesweit	0,83 - 0,95
Rechnerisches Ergebnis	0,97
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,17 - 5,39

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

78. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**191914**
Leistungsbereich	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren

Fachlicher Hinweis IQTIG	aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,97
Rechnerisches Ergebnis	0,99
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,39 - 2,34

Fallzahl

Grundgesamtheit	52
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	4,04

79. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile notwendig 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	HGV-HEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,94 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,10 - 1,83

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,50 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**54143**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar

Fachlicher Hinweis IQTIG	und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	3,43
Vertrauensbereich bundesweit	3,28 - 3,58
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 10,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

81. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**101800**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,17 - 1,39

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

82. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

Ergebnis-ID	**52305**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar

Fachlicher Hinweis IQTIG	und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 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. 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
Einheit	%
Bundesergebnis	96,13
Vertrauensbereich bundesweit	96,06 - 96,20
Rechnerisches Ergebnis	97,56
Vertrauensbereich Krankenhaus	95,56 - 98,67

Fallzahl

Grundgesamtheit	409
Beobachtete Ereignisse	399

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

83. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**101801**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,92
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,35

Fallzahl

Grundgesamtheit	111
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

84. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**52311**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit

Fachlicher Hinweis IQTIG	vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 3,59

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,43 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

85. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51191**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	2,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,41 - 12,76

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,38 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

86. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**2194**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, 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.

Bundesergebnis	0,99
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,33 - 2,46

Fallzahl

Grundgesamtheit	81
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	3,78

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,54 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

87. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**2195**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle

	zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, 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.
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,78 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 12,51

Fallzahl

Grundgesamtheit	81
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,29

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,51 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

88. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) in der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Ergebnis-ID	**102001**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	96,97
Vertrauensbereich bundesweit	96,31 - 97,51
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

89. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**111801**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,15
Vertrauensbereich bundesweit	0,09 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 10,15

Fallzahl

Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

90. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**121800**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 25,88

Fallzahl

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Ergebnis-ID	**52315**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,74
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,98
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 25,88

Fallzahl

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

92. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51404**
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG	einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,07
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,80

Fallzahl

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,06

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,00 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

93. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**131801**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	2,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,08 - 4,91

Fallzahl

Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	2,04

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,12 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

94. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten

Ergebnis-ID	**52316**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 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 System-wechsel 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. 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.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,93
Vertrauensbereich bundesweit	96,80 - 97,06
Rechnerisches Ergebnis	96,55
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,35 - 98,82

Fallzahl

Grundgesamtheit	87
Beobachtete Ereignisse	84

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

95. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	**131802**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,65
Vertrauensbereich bundesweit	0,55 - 0,77
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,70

Fallzahl

Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

96. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**52325**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus

Fachlicher Hinweis IQTIG	folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 16,18

Fallzahl

Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,21

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,85 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

97. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51186**
	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines

Leistungsbereich	Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,85
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 41,56

Fallzahl

Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

98. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Sonden- oder Taschenprobleme), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**132001**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von

	Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, 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.
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,05
Rechnerisches Ergebnis	1,30
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,07 - 5,72

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,72 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

99. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Infektionen oder Aggregatperforationen), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**132002**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen

	Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, 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.
Bundesergebnis	1,20
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,41
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 26,03

Fallzahl

Grundgesamtheit	19
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,14

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 6,62 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

100. Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Ergebnis-ID	**132003**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	95,64
Vertrauensbereich bundesweit	95,15 - 96,08
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	74,12 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	11

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

101. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	**141800**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,22
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,38
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 21,53
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

102. Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	**151800**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15

Einheit	%
Bundesergebnis	1,33
Vertrauensbereich bundesweit	1,09 - 1,63
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 39,03

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,90 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

103. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Ergebnis-ID	**52324**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Einheit	%
Bundesergebnis	0,68
Vertrauensbereich bundesweit	0,49 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N02
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

104. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51196**
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,76
Vertrauensbereich bundesweit	0,64 - 0,90
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 100,05

Fallzahl

Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,02

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,62 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

105. Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**58000**
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,01

Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,96

Fallzahl

Grundgesamtheit	157
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,28

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,15 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

106. Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**58004**
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der

	Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0,38
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 1,77

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

107. Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**58002**
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	1,57
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,44 - 4,19

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,26 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

108. Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**58003**
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne

Fachlicher Hinweis IQTIG	dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,25 - 3,93

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,24 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

109. Erneute Eingriffe aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**58001**

Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	1,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,41 - 2,33

Fallzahl

Grundgesamtheit	145
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	4,71

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,30 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

110. Weitere Komplikationen, die innerhalb eines Jahres nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**58005**
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,22 - 2,12

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,11 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

111. Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach Operation zur Gallenblasenentfernung verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**58006**
Leistungsbereich	CHE - Entfernung der Gallenblase
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Bundesergebnis	1,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	1,80
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,51 - 4,80

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,05 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

112. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**54028**
Leistungsbereich	KEP - Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,82
Vertrauensbereich bundesweit	0,77 - 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,82

Fallzahl	
Grundgesamtheit	369
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,09

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,97 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

113. 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	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	95,02
Vertrauensbereich bundesweit	94,45 - 95,54
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,82 - 100,00

Fallzahl	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	38

114. Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben

Ergebnis-ID	**50045**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	99,04
Vertrauensbereich bundesweit	99,00 - 99,08
Rechnerisches Ergebnis	99,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	99,01 - 99,93

Fallzahl

Grundgesamtheit	734
Beobachtete Ereignisse	732

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

115. Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	**52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der

Fachlicher Hinweis IQTIG	Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	1,05 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,98 - 1,10

Fallzahl

Grundgesamtheit	2046
Beobachtete Ereignisse	728
Erwartete Ereignisse	703,49

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,28 (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

116. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182000_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren

Fachlicher Hinweis IQTIG	haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	19,89
Vertrauensbereich bundesweit	19,70 - 20,08
Rechnerisches Ergebnis	20,54
Vertrauensbereich Krankenhaus	16,91 - 24,72

Fallzahl

Grundgesamtheit	409
Beobachtete Ereignisse	84

117. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182300_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	34,02
Vertrauensbereich bundesweit	33,69 - 34,35
Rechnerisches Ergebnis	32,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	27,92 - 38,11

Fallzahl

Grundgesamtheit	323
Beobachtete Ereignisse	106

118. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182301_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	3
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,98 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,24 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	40

119. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182002_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	4,02
Vertrauensbereich bundesweit	3,93 - 4,12
Rechnerisches Ergebnis	4,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	2,90 - 6,92

Fallzahl

Grundgesamtheit	422
Beobachtete Ereignisse	19

120. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182302_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	7,92
Vertrauensbereich bundesweit	7,69 - 8,16
Rechnerisches Ergebnis	5,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	3,08 - 9,09

Fallzahl

Grundgesamtheit	225
Beobachtete Ereignisse	12

121. Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182303_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	6
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,95 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	80,64 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	16

122. Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182004_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	7
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	73,47
Vertrauensbereich bundesweit	73,19 - 73,75
Rechnerisches Ergebnis	80,07
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,19 - 84,19

Fallzahl

Grundgesamtheit	301
Beobachtete Ereignisse	241

123. Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182005_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	8
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	93,11

Vertrauensbereich bundesweit	92,72 - 93,48
Rechnerisches Ergebnis	96,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,25 - 98,96

Fallzahl

Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	51

124. Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182006_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	9
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	87,13
Vertrauensbereich bundesweit	86,47 - 87,77
Rechnerisches Ergebnis	94,44
Vertrauensbereich Krankenhaus	81,86 - 98,46

Fallzahl

Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	34

125. Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden

Ergebnis-ID	**182007_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	10
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/

Einheit	%
Bundesergebnis	75,51
Vertrauensbereich bundesweit	74,92 - 76,08
Rechnerisches Ergebnis	72,73
Vertrauensbereich Krankenhaus	63,74 - 80,18

Fallzahl

Grundgesamtheit	110
Beobachtete Ereignisse	80

126. Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182008_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	11
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	100,00
Vertrauensbereich bundesweit	99,85 - 100,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	72,25 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	10

127. Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Ergebnis-ID	**182009_52249**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	12
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher

	findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	47,41
Vertrauensbereich bundesweit	46,87 - 47,95
Rechnerisches Ergebnis	46,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	38,81 - 53,67

Fallzahl

Grundgesamtheit	169
Beobachtete Ereignisse	78

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

Ergebnis-ID	**1058**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	0,37
Vertrauensbereich bundesweit	0,26 - 0,52
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 11,70

Fallzahl

Grundgesamtheit	29
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

129. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**321**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,27
Vertrauensbereich bundesweit	0,25 - 0,28
Rechnerisches Ergebnis	0,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,26 - 0,95

Fallzahl

Grundgesamtheit	1789
Beobachtete Ereignisse	9

130. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	**51397**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne

Fachlicher Hinweis IQTIG	dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,07 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	2,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,10 - 3,97

Fallzahl

Grundgesamtheit	1789
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	4,30

131. Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Ergebnis-ID	**51831**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar

Fachlicher Hinweis IQTIG	und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,16
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,30
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,01

Fallzahl

Grundgesamtheit	180
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,87

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,72 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

132. Eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Ergebnis-ID	**318**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten

Fachlicher Hinweis IQTIG	Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	96,67
Vertrauensbereich bundesweit	96,41 - 96,91
Rechnerisches Ergebnis	98,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	93,72 - 99,51

Fallzahl

Grundgesamtheit	112
Beobachtete Ereignisse	110

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

133. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,12
Vertrauensbereich bundesweit	1,09 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	1,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,21 - 2,71

Fallzahl

Grundgesamtheit	1846
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	12,68

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,32
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

134. Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51808_51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.

Fachlicher Hinweis IQTIG	Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,40
Vertrauensbereich bundesweit	1,23 - 1,60
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,81

Fallzahl

Grundgesamtheit	1846
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,49

135. Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51813_51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.

Fachlicher Hinweis IQTIG	Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	1,08 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,27 - 2,33

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

136. Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51818_51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter

Fachlicher Hinweis IQTIG	folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,98
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	2,19
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,19 - 4,02

Fallzahl

Grundgesamtheit	1834
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	4,57

137. Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**51823_51803**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden:

Fachlicher Hinweis IQTIG	https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,24
Vertrauensbereich bundesweit	1,18 - 1,30
Rechnerisches Ergebnis	2,60
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,41 - 4,77

Fallzahl

Grundgesamtheit	1834
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	3,85

138. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	**181800**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,79
Vertrauensbereich bundesweit	0,72 - 0,86
Rechnerisches Ergebnis	1,11
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,30 - 4,04

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

139. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	**181801_181800**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren

Fachlicher Hinweis IQTIG	aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,73
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,83
Rechnerisches Ergebnis	2,12
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,58 - 7,70

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

140. Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Ergebnis-ID	**181802_181800**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die

Fachlicher Hinweis IQTIG	das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,01
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 4,40

Fallzahl

Grundgesamtheit	200
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,86

141. Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	**182010**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%

Bundesergebnis	0,12
Vertrauensbereich bundesweit	0,10 - 0,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

142. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	**182011**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	2,63
Vertrauensbereich bundesweit	2,53 - 2,74
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,66 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

143. Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen

Ergebnis-ID	**182014**
Leistungsbereich	PM-GEBH - Geburtshilfe
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15
Einheit	%
Bundesergebnis	8,49
Vertrauensbereich bundesweit	8,36 - 8,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 11,76 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

144. Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**51070**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren

Fachlicher Hinweis IQTIG	haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,23
Vertrauensbereich bundesweit	0,20 - 0,27
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,94

Fallzahl

Grundgesamtheit	404
Beobachtete Ereignisse	0

145. Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**222402**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15

Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,48

Fallzahl

Grundgesamtheit	404
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,09

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,84 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

146. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**51832**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,49
Vertrauensbereich bundesweit	3,11 - 3,91
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

147. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51837**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	1,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,35 - 4,24

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

148. Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**51076**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	3,23
Vertrauensbereich bundesweit	2,87 - 3,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

149. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50050**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen

	Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Bundesergebnis	1,16
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,30
Rechnerisches Ergebnis	0,66
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 3,44

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

150. Schwerwiegende Hirnblutung mit Operation aufgrund einer Ansammlung von überschüssiger Flüssigkeit im Gehirn (sogenannter Wasserkopf)

Ergebnis-ID	**222200**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,48
Vertrauensbereich bundesweit	0,36 - 0,65
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,27

Fallzahl

Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	0

151. Schwerwiegende Schädigung und Entzündung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden

nicht berücksichtigt)	
Ergebnis-ID	**51838**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,96
Vertrauensbereich bundesweit	1,69 - 2,27
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 7,27
Fallzahl	
Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	0

152. Schwerwiegende Schädigung und Entzündung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)	
Ergebnis-ID	**51843**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch

	verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,87

Fallzahl

Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,92

153. Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**222400**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,24
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,50
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

154. Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**222401**

Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,27
Rechnerisches Ergebnis	1,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,26 - 7,73

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

155. Schwerwiegende Schädigungen des Darms, die eine Operation oder Therapie erfordern (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**222201**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren

Fachlicher Hinweis IQTIG	haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2
Bundesergebnis	0,88
Vertrauensbereich bundesweit	0,76 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,16 - 4,61

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

156. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)	
Ergebnis-ID	**51079**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	7,84
Vertrauensbereich bundesweit	7,18 - 8,55
Rechnerisches Ergebnis	11,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	4,67 - 26,62

Fallzahl

Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	4

157. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50053**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Bundesergebnis	2,25
Vertrauensbereich bundesweit	2,06 - 2,45
Rechnerisches Ergebnis	3,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,38 - 7,88

Fallzahl

Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	4

Erwartete Ereignisse	1,15

158. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Ergebnis-ID	**51078**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	5,40
Vertrauensbereich bundesweit	4,76 - 6,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

159. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50052**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das

	Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/ Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Bundesergebnis	1,10
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,24
Rechnerisches Ergebnis	2,76
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,96 - 7,04

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

160. Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, schwerwiegende Schädigungen des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,26
Vertrauensbereich bundesweit	1,19 - 1,33
Rechnerisches Ergebnis	1,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,65 - 2,45

Fallzahl

Grundgesamtheit	49
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	5,34

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,43 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

161. Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51136_51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.

Fachlicher Hinweis IQTIG	Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,95 - 1,19
Rechnerisches Ergebnis	1,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,35 - 4,24

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

162. Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51141_51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine

Fachlicher Hinweis IQTIG	Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,13
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,31
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,41

Fallzahl

Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,04

163. Schwerwiegende Schädigungen des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51146_51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	3
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen

Fachlicher Hinweis IQTIG	Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,88 - 1,15
Rechnerisches Ergebnis	0,89
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,16 - 4,67

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

164. Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51156_51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	4
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen

	Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	2,24
Vertrauensbereich bundesweit	2,03 - 2,46
Rechnerisches Ergebnis	4,13
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,64 - 9,30

Fallzahl

Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	0,97

165. Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**51161_51901**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	KKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	5
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/ Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das

	Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,71 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,19

Fallzahl

Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,64

166. Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50060**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis

	analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 0,96
Rechnerisches Ergebnis	2,06
Vertrauensbereich Krankenhaus	1,15 - 3,63

Fallzahl

Grundgesamtheit	409
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	5,35

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,60 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

167. Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50062**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?

Fachlicher Hinweis IQTIG	Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,11
Rechnerisches Ergebnis	1,79
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,88 - 3,59

Fallzahl

Grundgesamtheit	163
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	3,90

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,36 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

168. Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnis-ID	**222000_50062**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche

Fachlicher Hinweis IQTIG	Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

169. Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnis-ID	**222001_50062**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	0,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,13 - 0,22
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,30

Fallzahl

Grundgesamtheit	163
Beobachtete Ereignisse	0

170. Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Ergebnis-ID	**222002_50062**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS

Sortierung	3
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	1,37
Vertrauensbereich bundesweit	1,25 - 1,50
Rechnerisches Ergebnis	2,45
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,96 - 6,14

Fallzahl

Grundgesamtheit	163
Beobachtete Ereignisse	4

171. Ein Hörtest wurde durchgeführt

Ergebnis-ID	**50063**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Einheit	%
Bundesergebnis	98,13

Vertrauensbereich bundesweit	98,04 - 98,22
Rechnerisches Ergebnis	98,23
Vertrauensbereich Krankenhaus	96,55 - 99,10

Fallzahl

Grundgesamtheit	452
Beobachtete Ereignisse	444

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

172. Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50069**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ?

	Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,35
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,06 - 1,87

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,97 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

173. Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Ergebnis-ID	**50074**
Leistungsbereich	PM-NEO - Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende

Fachlicher Hinweis IQTIG	Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,87 - 0,94
Rechnerisches Ergebnis	1,03
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,64 - 1,65

Fallzahl

Grundgesamtheit	409
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	15,47

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,96 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

174. Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**382001**
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da

Fachlicher Hinweis IQTIG	Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,04
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,20
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,67 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

175. Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

Ergebnis-ID	**382002**
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	TKEZ
Bezug zum Verfahren	DEQS
	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen

Fachlicher Hinweis IQTIG	(Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	2,23
Vertrauensbereich bundesweit	1,92 - 2,59
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

176. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**382006**
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,94
Vertrauensbereich bundesweit	0,82 - 1,08
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

177. Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**382007**
Leistungsbereich	KCHK-AK-CHIR - Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	0,95
Vertrauensbereich bundesweit	0,84 - 1,08

Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,09 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

178. Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**352001**
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/

Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,93 - 1,09
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,95 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

179. Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

Ergebnis-ID	**352002**
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	TKEZ
Bezug zum Verfahren	DEQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/
Einheit	%
Bundesergebnis	4,86
Vertrauensbereich bundesweit	4,60 - 5,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

180. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**352007**
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG	einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,98 - 1,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	Nicht definiert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

181. Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**352008**
Leistungsbereich	KCHK-KC - Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DEQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 20.2 Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine

	fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den ?Methodischen Grundlagen? unter folgendem Link entnommen werden: ? Methodische Grundlagen? des IQTIG, Kapitel 15 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder der Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/aktiv/
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,96 - 1,10
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,46 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden

☑ Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

#	DMP
1	Diabetes mellitus Typ 1 *Kinder- und Jugendmedizin*
2	Diabetes mellitus Typ 2 *Kinder- und Jugendmedizin*

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Qualitätssicherung in der Pathologie EKO gemäß Anforderung der Akkrediterung nach DIN EN ISO/IEC 17020:2012	
Leistungsbereich	Teilnahme Qualitätszirkel, Ringversuche QuiP, Konsiliarische Untersuchungen/Zweitmeinungen
Ergebnis	95%
Messzeitraum	2024
Datenerhebung	Interne Auswertung sämtlicher Qualitätsindikatoren. Managementreview Institut für Pathologie
Qualitätssicherung Bauchaortenaneurysma im Auftrag der DGG	
Leistungsbereich	Stationäre Patienten, Erhebung der Prozessqualität und Ergebnisqualität
Ergebnis	45
Messzeitraum	01.01. - 31.12.2024
Datenerhebung	Register m. webbasierter Erf. v. Datensätzen zu Bauchaortenaneurysma-Op's (konventionell-chirur. und endovaskulär). Folgeeingr. und Follow-up.
Rechenregeln	Keine
Referenzbereiche	Keine, jährliche Auswertung durch die Qualitätssicherungs-Kommission der DGG.
Vergleichswerte	Benchmarking, teilnehmerspezifischer Bericht
Quellenangabe	Deutsches Institut für Gefäßmedizinische Gesundheitsforschung (DIGG), 100%ige Tochtergesellschaft der deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht < 1250g	
Erbrachte Menge	41
Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Erbrachte Menge	311
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Erbrachte Menge	110

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht < 1250g	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	41
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	47
Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	311
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	315
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	110
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	109

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

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

C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

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

Strukturqualitätsvereinbarungen

#	Vereinbarung
1	CQ01: Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma
2	CQ05: Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1

Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org

Strukturqualitätsvereinbarungen

#	Vereinbarung
3	CQ30: Qualitätssicherungs-Richtlinie zur interstitiellen LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil (seit dem 8. Januar 2021 in Kraft)
4	CQ31: Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

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-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt.
  Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.
- Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.
- Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.

Nachweis zur QSFFx

Beleg zur Erfüllung vollständig geführt
Anzahl der Tage, die mit der Strukturabfrage abgebildet werden: 366

Erfüllung der Mindestanforderungen

Anzahl der Tage, für die eine Nichterfüllung mindestens einer Mindestanforderung angegeben wurde: 0
Anzahl der Mindestanforderungen, die mindestens 48 Stunden nicht erfüllt wurden: 0

Allgemeine Mindestanforderungen

Das Krankenhaus erfüllt die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 nicht bzw. nimmt nicht zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teil.

Mindestanforderung	Gemeldete Tage mit Nichterfüllung
Fachabteilung Chirurgie Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie am Standort.	0
Fachabteilung Innere Medizin Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Innere Medizin am Standort.	0
Verantwortlichkeit Notfallversorgung Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall verfügbar sind.	0
Fortbildungen Notfallversorgung Das für die Notfallversorgung benannte Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.	0
Verfügbarkeit Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.	0
Betten Intensivstation Das Krankenhaus hält eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten vor.	0
Betten Intensivstation Beatmung	0

Mindestanforderung	Gemeldete Tage mit Nichterfüllung
Mindestens drei Intensivtherapiebetten sind zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten ausgestattet.	
System Behandlungspriorisierung Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten zur Anwendung.	0
Schockraum Es ist ein Schockraum verfügbar.	0
Computertomographie Die 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomographie ist sichergestellt.	0
Weiterverlegung Luftweg Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung einer Notfallpatientin oder eines Notfallpatienten auf dem Luftweg in ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung oder einer höheren Stufe.	0

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	118
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	84
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	84

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - A2int a - Schwerpunkt Intensivmedizinische Einheit - Tagschicht	100 %
2	Intensivmedizin - A2int a - Schwerpunkt Intensivmedizinische Einheit - Nachtschicht	100 %
3	Intensivmedizin - A2int b - Schwerpunkt Intensivmedizinische Einheit - Tagschicht	100 %
4	Intensivmedizin - A2int b - Schwerpunkt Intensivmedizinische Einheit - Nachtschicht	100 %
5	Innere Medizin - Geriatrische Tagesklinik - Tagschicht	100 % *Tagesklinik ab 20.05. nicht belegt; Tagesklinik nicht belegt*
6	Urologie - Station A2 - Tagschicht	100 %
7	Urologie - Station A2 - Nachtschicht	100 %
8	Allgemeine Chirurgie - Station A3a - Schwerpunkt allg. Chirurgie - Tagschicht	100 %
9	Allgemeine Chirurgie - Station A3a - Schwerpunkt allg. Chirurgie - Nachtschicht	100 %
10	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station A3b - Schwerpunkt Unfallchirurgie - Tagschicht	100 %
11	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station A3b - Schwerpunkt Unfallchirurgie - Nachtschicht	100 %
12	Innere Medizin, Kardiologie - Station A4a - Schwerpunkt Innere Medizin - Tagschicht	100 %
13	Innere Medizin, Kardiologie - Station A4a - Schwerpunkt Innere Medizin - Nachtschicht	100 %
14	Innere Medizin, Kardiologie - Station A4b - Schwerpunkt Kardiologie - Tagschicht	100 %
15	Innere Medizin, Kardiologie - Station A4b - Schwerpunkt Kardiologie - Nachtschicht	100 %
16	Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station A5 - Schwerpunkt Unfallchirurgie / Kardiologie - Tagschicht	100 %
17	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station A5 - Schwerpunkt Unfallchirurgie / Kardiologie - Nachtschicht	100 %
18	Urologie - Station D0 - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
19	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station E1 - Schwerpunkt Gynäkologie - Tagschicht	100 %
20	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station E1 - Schwerpunkt Gynäkologie - Nachtschicht	100 %
21	Innere Medizin - Station E2 - Tagschicht	100 %
22	Geriatrie - Station E2 - Nachtschicht	100 %
23	Innere Medizin - Station E4 - Schwerpunkt Geriatrie - Tagschicht	100 %
24	Geriatrie - Station E4 - Schwerpunkt Geriatrie - Nachtschicht	100 %
25	Innere Medizin - Station E6 - Schwerpunkt Geriatrie - Tagschicht	100 %
26	Geriatrie - Station E6 - Schwerpunkt Geriatrie - Nachtschicht	100 %
27	Pädiatrische Intensivmedizin - Station F2i - Schwerpunkt Intensivmedizinische Einheit - Tagschicht	100 %
28	Pädiatrische Intensivmedizin - Station F2i - Schwerpunkt Intensivmedizinische Einheit - Nachtschicht	100 %
29	Allgemeine Pädiatrie - Station F3 - Schwerpunkt Kinderchirurgie - Tagschicht	100 %
30	Allgemeine Pädiatrie - Station F3 - Schwerpunkt Kinderchirurgie - Nachtschicht	100 %
31	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station F4 - Schwerpunkt Geburtshilfe - Tagschicht	100 %
32	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station F4 - Schwerpunkt Geburtshilfe - Nachtschicht	100 %
33	Allgemeine Pädiatrie - Station F5 - Schwerpunkt Pädiatrie - Tagschicht	100 %
34	Allgemeine Pädiatrie - Station F5 - Schwerpunkt Pädiatrie - Nachtschicht	100 %
35	Neonatologische Pädiatrie - Station F5b - Tagschicht	100 %
36	Neonatologische Pädiatrie - Station F5b - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - A2int a - Schwerpunkt Intensivmedizinische Einheit - Tagschicht	87,7 %
2	Intensivmedizin - A2int a - Schwerpunkt Intensivmedizinische Einheit - Nachtschicht	93,17 %
3	Intensivmedizin - A2int b - Schwerpunkt Intensivmedizinische Einheit - Tagschicht	73,5 %
4	Intensivmedizin - A2int b - Schwerpunkt Intensivmedizinische Einheit - Nachtschicht	88,25 %
5	Innere Medizin - Geriatrische Tagesklinik - Tagschicht	100 % *Tagesklinik ab 20.05. nicht belegt; Tagesklinik nicht belegt*
6	Urologie - Station A2 - Tagschicht	97,54 %
7	Urologie - Station A2 - Nachtschicht	100 %
8	Allgemeine Chirurgie - Station A3a - Schwerpunkt allg. Chirurgie - Tagschicht	94,81 %
9	Allgemeine Chirurgie - Station A3a - Schwerpunkt allg. Chirurgie - Nachtschicht	81,42 %
10	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station A3b - Schwerpunkt Unfallchirurgie - Tagschicht	89,62 %
11	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station A3b - Schwerpunkt Unfallchirurgie - Nachtschicht	99,18 %
12	Innere Medizin, Kardiologie - Station A4a - Schwerpunkt Innere Medizin - Tagschicht	89,34 %
13	Innere Medizin, Kardiologie - Station A4a - Schwerpunkt Innere Medizin - Nachtschicht	97,27 %
14	Innere Medizin, Kardiologie - Station A4b - Schwerpunkt Kardiologie - Tagschicht	94,26 %
15	Innere Medizin, Kardiologie - Station A4b - Schwerpunkt Kardiologie - Nachtschicht	98,63 %
16	Innere Medizin, Kardiologie, Orthopädie, Unfallchirurgie - Station A5 - Schwerpunkt Unfallchirurgie / Kardiologie - Tagschicht	93,72 %
17	Orthopädie, Unfallchirurgie - Station A5 - Schwerpunkt Unfallchirurgie / Kardiologie - Nachtschicht	96,45 %
18	Urologie - Station D0 - Tagschicht	97,54 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
19	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station E1 - Schwerpunkt Gynäkologie - Tagschicht	73,5 %
20	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station E1 - Schwerpunkt Gynäkologie - Nachtschicht	70,22 %
21	Innere Medizin - Station E2 - Tagschicht	98,63 %
22	Geriatrie - Station E2 - Nachtschicht	95,08 %
23	Innere Medizin - Station E4 - Schwerpunkt Geriatrie - Tagschicht	100 %
24	Geriatrie - Station E4 - Schwerpunkt Geriatrie - Nachtschicht	99,73 %
25	Innere Medizin - Station E6 - Schwerpunkt Geriatrie - Tagschicht	98,36 %
26	Geriatrie - Station E6 - Schwerpunkt Geriatrie - Nachtschicht	99,18 %
27	Pädiatrische Intensivmedizin - Station F2i - Schwerpunkt Intensivmedizinische Einheit - Tagschicht	81,42 %
28	Pädiatrische Intensivmedizin - Station F2i - Schwerpunkt Intensivmedizinische Einheit - Nachtschicht	100 %
29	Allgemeine Pädiatrie - Station F3 - Schwerpunkt Kinderchirurgie - Tagschicht	90,98 %
30	Allgemeine Pädiatrie - Station F3 - Schwerpunkt Kinderchirurgie - Nachtschicht	91,53 %
31	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station F4 - Schwerpunkt Geburtshilfe - Tagschicht	98,36 %
32	Gynäkologie und Geburtshilfe - Station F4 - Schwerpunkt Geburtshilfe - Nachtschicht	98,09 %
33	Allgemeine Pädiatrie - Station F5 - Schwerpunkt Pädiatrie - Tagschicht	96,17 %
34	Allgemeine Pädiatrie - Station F5 - Schwerpunkt Pädiatrie - Nachtschicht	96,45 %
35	Neonatologische Pädiatrie - Station F5b - Tagschicht	86,89 %
36	Neonatologische Pädiatrie - Station F5b - Nachtschicht	84,15 %

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und PsychosomatikRichtlinie (PPP-RL)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der

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

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

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

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet

Antwort	Nein