

Qualitätsbericht 2020

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
für das Berichtsjahr 2020

Erstellt am 31.12.2021



Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
- Einleitung	5
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	8
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	8
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	9
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	9
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	10
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	13
A-9 Anzahl der Betten	13
A-10 Gesamtfallzahlen	14
A-11 Personal des Krankenhauses	14
A-12 Umgang mit Risiken in der Patient:innenversorgung	31
A-13 Besondere apparative Ausstattung.....	41
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	42
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	43
B-1 Anästhesie, Schmerz- und Intensivmedizin	43
B-2 Radiologie	46
B-3 Nuklearmedizinische Abteilung.....	51
B-4 Innere Medizin.....	55
B-5 Kardiologie	61

B-6	Kinder- und Jugendmedizin	66
B-7	Neonatologie	72
B-8	Klinik für Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie	77
B-9	Unfallchirurgie.....	82
B-10	Urologie	88
B-11	Orthopädie	93
B-12	Frauenheilkunde und Geburtshilfe.....	98
B-13	Strahlentherapie	104
B-14	Dermatologie.....	108
C	Qualitätssicherung.....	112
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	112
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	177
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	177
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	177
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	177
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	179
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	180
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	180
D	Qualitätsmanagement.....	182
Audits	183
Risikomanagement.....		183
Zertifizierungen		184

Meinungsmanagement.....	184
alle Mitarbeiter:innen Ansprechpartner:innen, um eine Rückmeldung aufzunehmen	184
Ideen- und Innovationsmanagement.....	185
Befragungen	185
Projektorganisation	185

- Einleitung



Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion	Mitarbeiter Codierung/Medizinische Entwicklung und Controlling
Titel, Vorname, Name	Mario Herold
Telefon	02331/201- 2547
Fax	02331/201-1002
E-Mail	mario.herold@agaplesion.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

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

Weiterführende Links

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

Frankfurt am Main, im Dezember 2021

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

am 31. Dezember 2021 sind genau zwei Jahre vergangen, als die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals über Fälle von Lungenentzündung mit unbekannter Ursache in Wuhan in Kenntnis gesetzt worden ist. Hierzulande wähten wir uns in Sicherheit, verorteten Epidemien und Seuchen in andere Regionen dieser Welt. SARS-CoV-2 hat uns gezeigt: Auch wir sind verwundbar. Unser Sicherheitsgefühl ist von jeher trügerisch.

Die Gesundheit und auch der Schutz unserer Patient:innen und Mitarbeiter:innen haben für uns immer höchste Priorität. Die Pandemie hat uns allen – auch der Öffentlichkeit – schmerzlich vor Augen geführt, wie verletzlich wir trotz höchster Schutzmaßnahmen in solch einer Ausnahmesituation sind. Die gesetzlichen Qualitäts- und Sicherheitsauflagen waren enorm hoch und wurden *sofort* umgesetzt. Dennoch haben viele Menschen aus Angst vor einer Ansteckung nach Alternativen zu einer stationären Behandlung gesucht. Oder sie haben eine Behandlung aufgeschoben, teils mit schweren gesundheitlichen Folgen.

Corona wird häufig als „Ausnahmezustand“ und „Krise“ bezeichnet. Das ist auch richtig. Das Virus hat eine große Verunsicherung in uns allen ausgelöst und den Blick nach „innen“ gelenkt. In unsere Seele. Für uns war es eine bedrückende Erfahrung, dass zugewandte Medizin und Pflege in der Pandemie nur sehr schwer umzusetzen waren. Schutzvorkehrungen und Distanzgebot haben feste Grenzen gesteckt.

Doch nicht nur eine Pandemie kann die Seele in einen Ausnahmezustand oder in eine Krise stürzen, sondern auch Krankheiten oder der Alterungsprozess mit seinen vielfältigen Einschränkungen. Wir bei AGAPLESION wollen unseren Patient:innen in jeder Krisen, in jedem Ausnahmezustand, in jeder Lebensphase zur Seite stehen und uns Körper *und* Seele annehmen. Dieser Anspruch basiert auf der christlichen Tradition unserer bundesweiten Einrichtungen.

Die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie haben uns neu sensibilisiert für unsere Bedürfnisse, für unser Seelenheil. Wir wollen alles dafür tun, dass sich unsere Patient:innen gut bei uns aufgehoben wissen. Denn bei uns steht der Mensch mit all seinen Facetten im Mittelpunkt. Echte Qualität ist für uns immer: ganzheitlich.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Stv. Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Liebe Leserinnen und Leser,

Hagen, im Dezember 2021

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

Gut sein – noch besser werden

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

Das AGAPLESION ALLGEMEINE KRANKENHAUS HAGEN

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

Wir hoffen, Ihnen mit dem vorliegenden Bericht und den darin enthaltenen Zahlen, Daten und Fakten einen guten, umfassenden Einblick in unsere Leistungen und Angebote zu bieten. Bei Fragen steht Ihnen die Qualitätsmanagementbeauftragte unserer Klinik, Susanne Hinzen, unter der Telefonnummer (02331) – 201 6016 oder per E-Mail zur Verfügung: susanne.hinzen@agaplesion.de. Weitere Informationen finden Sie auch unter www.akh-hagen.de.

Mit freundlichen Grüßen

Alex Hoppe
Vorsitzender d. Geschäftsführung

Dr. med. Andreas Schroeder
Medizinischer Geschäftsführer

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

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

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	AGAPLESION ALLGEMEINES KRANKENHAUS HAGEN gem. GmbH
Hausanschrift	Grünstr. 35 58095 Hagen
Zentrales Telefon	02331/201-1001
Fax	02331/201-1002
Zentrale E-Mail	geschaeftsfuehrung.akh@agaplesion.de
Postanschrift	Grünstr. 35 58095 Hagen
Institutionskennzeichen	260500481
Standortnummer aus dem Standortregister	772088
Standortnummer (alt)	00
URL	http://www.akh-hagen.de/
Weitere relevante IK-Nummern	
Institutionskennzeichen:	260500481
Institutionskennzeichen:	260590322

Ärztliche Leitung

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

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

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

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter:in

Funktion	(von 06/21 bis 11/21 Kommissarische) Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Anna Dittrich
Telefon	02331/201-2584
Fax	02331/201-2591
E-Mail	anna.dittrich@agaplesion.de

Pflegedienstleiter:in

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

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter:in

Funktion	Verwaltungsleiterin ab 01.05.2020
Titel, Vorname, Name	Gloria Anheuser
Telefon	02331/201-1001
Fax	02331/201-1002
E-Mail	gloria.anheuser@agaplesion.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger

Name	AGAPLESION gAG und Krankenhaus-Gesellschaft Hagen
Art	Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart

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

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrie	
Psychiatrisches Krankenhaus	Nein
Regionale Versorgungsverpflichtung	Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP02	Akupunktur	Durch Pflegekräfte im Kreißaal
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP06	Basale Stimulation	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Betriebliches Eingliederungsmanagement
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Krankenhauseelsorger:in vor Ort, Abschiedsraum
MP53	Aromapflege/-therapie	im Kreißaal und Neugeborene
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	Neugeborene
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Erwachsene, Kinder-Diabetes-Zentrum
MP69	Eigenblutspende	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Kinderklinik
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Geriatrische Station und in Zusammenarbeit mit dem SPZ
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Bezugspflege für Kinder und Erwachsene
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	Elternschule - Programm auf www.akh-hagen.de
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Urologie
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Psychoonkologische Beratung
MP61	Redressionstherapie	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP36	Säuglingspflegekurse	Elternschule mit diversen Kursangeboten
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP63	Sozialdienst	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Besichtigungen, Tag der offenen Tür, Patient:innenveranstaltungen zu Gesundheitsthemen
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	Kinästhetik
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	Schulungen in der Kinderklinik
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	Babymassagekurs, PEKIP, Elternschule, usw.
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen/Entbindungspflegern	Spezielle Kursangebote auch in polnischer Sprache möglich, Elternschule
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Pflegevisiten, Pflege-Status-Erfassung, Pflegeexpert:innen
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP43	Stillberatung	Elternschule mit diversen Kursangeboten
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Warm touch, ITS + AN
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	Elternschule mit diversen Kursangeboten
MP51	Wundmanagement	Zertifizierte Wundmanagerin, Spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Überleitungspflege
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM02	Ein-Bett-Zimmer	https://www.akh-hagen.de/ihr-aufenthalt/informationen-zu-ihrem-aufenthalt	
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		
NM07	Rooming-in		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		Es besteht die Möglichkeit, ein Zusatzbett aufzustellen.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		
NM42	Seelsorge		Die evangelischen und katholischen Krankenhauseelsorger:innen nehmen sich Zeit, Ihnen zu begegnen und Sie zu unterstützen.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM50	Kinderbetreuung		Alle Altersgruppen. Öffnungszeiten: Mo-Sa 08:30-12:00 / Mo, Do, Fr: 14:30-17:00 / Di, Mi: 12:30-16:30
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		ILCO Gruppe Hagen – Selbsthilfe für Menschen mit Darmkrebs, künstlichem Darmausgang oder künstlicher Harnableitung
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)		
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Jedes unserer Patient:innenzimmer ist mit einem Telefon je Bett und einem Fernsehgerät ausgestattet.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner:in für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

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

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	Haus 2
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Station 15b mit geriatrischer Frührehabilitation und Kinästhetik
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Bosnisch, Bulgarisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Koreanisch, Kroatisch, Philippinisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Russisch, Serbisch, Spanisch, Ukrainisch, Ungarisch

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF25	Dolmetscherdienst	Sämtliche Sprachen
BF24	Diätische Angebote	
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Durch die Grünen Damen/Grünen Herren
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	Haus 2
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	Toiletten, Aufzüge
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

A-9 Anzahl der Betten

Betten
Betten
486

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	19600
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	37297

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzt:innen) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 143,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	143,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	141,29	
Nicht Direkt	1,91	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 83,81

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	83,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	81,9	
Nicht Direkt	1,91	

Davon Ärztinnen und Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,62

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,62	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,62	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,62

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,62	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,62	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 3

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 205,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	205,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	201,43	
Nicht Direkt	3,77	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 205,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	205,2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	201,43	
Nicht Direkt	3,77	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 63,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	63,83	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	63,72	
Nicht Direkt	0,11	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 63,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	63,83	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	63,72	
Nicht Direkt	0,11	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 2,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,61	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,61	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 2,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,61	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,61	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 12,82

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,82	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,82	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 12,82

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,82	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,82	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

Entbindungspfleger und Hebammen in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 8,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,69	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,69	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 8,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,69	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,69	
Nicht Direkt	0	

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 15,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,5	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 15,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,5	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 12,38

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,38	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,38	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 12,38

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,38	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,38	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 9,51

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,51	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,51	
Nicht Direkt	0	

SP35 - Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 12,85

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,85	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,85	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 12,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,25	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2

Kommentar: In Kooperation mit dem SPZ Hagen.

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	2	

SP09 - Heilpädagogin und Heilpädagoge

Anzahl Vollkräfte: 1

Kommentar: In Kooperation mit dem SPZ Hagen.

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	1	

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Anzahl Vollkräfte: 2,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,96	
Nicht Direkt	0	

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

Anzahl Vollkräfte: 3,77

Kommentar: In Kooperation mit dem SPZ Hagen.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,77	In Kooperation mit dem SPZ Hagen
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,77	
Nicht Direkt	2	

SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Anzahl Vollkräfte: 1

Kommentar: Kooperation mit einem externen Dienstleister.

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	1	

SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Anzahl Vollkräfte: 1,85

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,85	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,85	
Nicht Direkt	0	

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

SP06 - Erzieherin und Erzieher

Anzahl Vollkräfte: 0,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,52	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,52	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 4,77

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,77	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,77	
Nicht Direkt	0	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 0,18

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,18	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,18	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 2,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,05	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,05	
Nicht Direkt	0	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patient:innenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements

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

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person

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

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

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

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Risiko- und Managementbewertung Datum: 12.06.2019	
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Tool zur Erfassung und Dokumentation von Weiterbildungsmaßnahmen vorhanden (AGA-Lernwelt)
RM03	Mitarbeiter:innenbefragungen		
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: Umgang mit medizinischen Notfällen Datum: 18.04.2011	
RM05	Schmerzmanagement	Name: Schmerzkonzept Notfallversorgung Datum: 10.01.2015	
RM06	Sturzprophylaxe	Name: Sturzprophylaxe Datum: 19.06.2015	
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: Postoperative Überwachung Datum: 04.05.2015	
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risiko- und Managementbewertung Datum: 12.06.2019	
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Pathologiebesprechungen - Qualitätszirkel	
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risiko- und Managementbewertung Datum: 12.06.2019	
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risiko- und Managementbewertung Datum: 12.06.2019	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patient:innenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risiko- und Managementbewertung Datum: 12.06.2019	
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: Postoperative Überwachung Datum: 04.05.2015	
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Risiko- und Managementbewertung Datum: 12.06.2019	

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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

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

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

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

Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission

Funktion	Medizinischer Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dr. Andreas Schroeder
Telefon	02331/201-1001
Fax	20331/201-1002
E-Mail	andreas.schroeder@agaplesion.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage

Der Standard liegt vor Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle Ja

c) Beachtung der Einwirkzeit Ja

d) Weitere Hygienemaßnahmen

- sterile Handschuhe Ja

- steriler Kittel Ja

- Kopfhaube Ja

- Mund-Nasen-Schutz Ja

- steriles Abdecktuch Ja

Standard durch
Geschäftsführung/Hygienekom.
autorisiert Ja

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

Der Standard liegt vor Ja

Standard durch
Geschäftsführung/Hygienekom.
autorisiert Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor Ja

Leitlinie an akt. hauseigene
Resistenzlage angepasst Ja

Leitlinie durch
Geschäftsführung/Arzneimittel-
/Hygienekom. autorisiert Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe

Der Standard liegt vor Ja

1. Der Standard thematisiert insbesondere

a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe Ja

b) Zu verwendende Antibiotika Ja

c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe Ja

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

3. Antibiotikaprophylaxe bei operierten Patient:innen strukturiert überprüft Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

Der Standard liegt vor Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen Ja

c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden Ja

d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe Ja

e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion Ja

Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Händedesinfektionsmittelverbrauch

Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgeminestationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Ja

- Händedesinfektionsmittelverbrauch 36,00 ml/Patient:innentag

Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Ja

- Händedesinfektionsmittelverbrauch 119,00 ml/Patient:innentag

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs Teilweise

A-12.3.2.5 Umgang mit Patient:innen mit multiresistenten Erregern (MRE)

MRSA

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

Informationsmanagement für MRSA liegt vor Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen) Ja

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

A-12.4 Patient:innenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Funktion	Leitung Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Susanne Hinzen
Telefon	02331/201-2073
Fax	02331/201-1002
E-Mail	mailto:ihremeinung.akh@agaplesion.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

Link zum Bericht

Kommentar

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe

Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht? Ja - Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

Angaben zur Person

Angaben zur Person Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit

Verantwortliche Person AMTS

Funktion	Leiter der Zentral-Apotheke
Titel, Vorname, Name	Ulrich Sommer
Telefon	02331/1843-0
E-Mail	info@joho-dortmund.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

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

Erläuterungen

Kooperation mit externer Apotheke

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patient:innenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
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 von Patient:inneninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-	
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	
AA32	Szintigraphiescanner/Gamma sonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-	Moderne Dreikopf-Gammakamera.
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		Ja	
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinerstörung	-	
AA23	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse	-	
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung /Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-	
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	-	Moderner SPECT-CT.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	Moderner 1,5 Tesla MRT.
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	In Kooperation mit dem ansässigen Dialysezentrum.
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	Ablationssystem, ein minimal invasives Verfahren für die Tumorbehandlung Hochintensiver, fokussierter Ultraschall (HIFU).
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	Moderner 64-Zeilen CT.
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	Es stehen Langzeitbeatmungsgeräte zur Verfügung. Spezielle Beatmungsgeräte zur Langzeitbeatmung für Kinder sind ebenfalls vorhanden.

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses

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

Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt

Erfüllung der Voraussetzungen der Notfallstufe

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

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Anästhesie, Schmerz- und Intensivmedizin

B-1.1 Allgemeine Angaben Anästhesie, Schmerz- und Intensivmedizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Dirk Breukelmann
Telefon	02331/201-2001
Fax	02331/201-2006
E-Mail	anaesthesie.akh@agaplesion.de
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	http://www.akh-hagen.de/leistungsspektrum/fachabteilungen/klinik-fuer-anaesthesie-schmerz-und-intensivmedizin

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote Anästhesie, Schmerz- und Intensivmedizin

B-1.5 Fallzahlen Anästhesie, Schmerz- und Intensivmedizin

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 16,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,11	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,11	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

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

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre
Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-2 Radiologie

B-2.1 Allgemeine Angaben Radiologie

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

Ärztliche Leitung

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

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote Radiologie

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

B-2.5 Fallzahlen Radiologie

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-225	909	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
2	3-226	647	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
3	3-222	581	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
4	3-200	555	Native Computertomographie des Schädels
5	3-800	217	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
6	3-203	196	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
7	3-202	176	Native Computertomographie des Thorax
8	3-802	170	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
9	3-705	163	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems
10	3-206	144	Native Computertomographie des Beckens
11	3-207	94	Native Computertomographie des Abdomens
12	3-20x	78	Andere native Computertomographie

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	3-220	64	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
14	3-205	55	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
15	3-825	55	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein
-----------------------------------	------

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,61	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,61	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,71

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,71	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,71	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

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

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-2.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-3 Nuklearmedizinische Abteilung

B-3.1 Allgemeine Angaben Nuklearmedizinische Abteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Nuklearmedizinische Abteilung
Fachabteilungsschlüssel	3200
Art	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefärztin Diese Abteilung wurde zum 31.03.20 geschlossen. Seitdem erfolgt eine enge Kooperation mit dem MVZ Prof. Uhlenbrock und Partner am Standort des Krankenhauses.
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Peggy Fostitsch
Telefon	02331/201-2500
Fax	02331/201-2503
E-Mail	info.akh@agaplesion.de
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	http://www.akh-hagen.de/

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote Nuklearmedizinische Abteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Nuklearmedizinische Abteilung	Kommentar
VR00	Szintigramme	* des Herzens z.B. zum Nachweis einer Durchblutungsstörung (Belastungs-Ischämie) * der Schilddrüse z.B. zum Ausschluss einer fokalen Autonomie * der Lunge z.B. zum Ausschluss einer Embolie * der Nieren -als seitengetrennte Bestimmung der Filtration und der tubulären Funktio...
VR40	Spezialsprechstunde	MVZ medplus Hagen: U.a. besondere Schilddrüsen-Sprechstunde
VR18	Szintigraphie	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Nuklearmedizinische Abteilung	Kommentar
VI40	Schmerztherapie	Schmerztherapie mit Samarium bei fortgeschrittener Knochenmetastasierung

VR38 Therapie mit offenen Radionukliden

VR19 Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)

B-3.5 Fallzahlen Nuklearmedizinische Abteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
--------------------	-------------------------------------------------------------

Institutsambulanz zur Versorgung von Notfällen inkl. Liegendanfahrt.	
Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)

Privatambulanz Nuklearmedizin	
Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

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

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-3.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-3.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

B-4 Innere Medizin

B-4.1 Allgemeine Angaben Innere Medizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Innere Medizin
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt bis 30.09.2020
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Rainer Markgraf
Telefon	02331/201-2247
Fax	02331/201-2309
E-Mail	inneremedizin.akh@agaplesion.de
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	https://www.akh-hagen.de/leistungsspektrum/fachabteilungen/klinik-fuer-innere-medizin/innere-medizin

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt ab 01.10.2020
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Holger Beier
Telefon	02331/201-2247
Fax	02331/201-2309
E-Mail	inneremedizin.akh@agaplesion.de
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	https://www.akh-hagen.de/leistungsspektrum/fachabteilungen/klinik-fuer-innere-medizin/innere-medizin

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote Innere Medizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Innere Medizin
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI35	Endoskopie
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis

B-4.5 Fallzahlen Innere Medizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	5124
Teilstationäre Fallzahl	0

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J18	263	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
2	C25	216	Bösartige Neubildung des Pankreas
3	C18	195	Bösartige Neubildung des Kolons
4	N17	168	Akutes Nierenversagen
5	C34	162	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
6	J44	158	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
7	K29	116	Gastritis und Duodenitis
8	C20	113	Bösartige Neubildung des Rektums
9	C16	101	Bösartige Neubildung des Magens
10	N39	81	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
11	C15	80	Bösartige Neubildung des Ösophagus
12	I50	80	Herzinsuffizienz
13	J12	80	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert
14	E11	79	Diabetes mellitus, Typ 2
15	K80	78	Cholelithiasis

B-4.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	2648	Pflegebedürftigkeit
2	1-632	1557	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
3	8-854	722	Hämodialyse
4	1-650	631	Diagnostische Koloskopie
5	1-440	573	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
6	8-543	565	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
7	5-452	498	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
8	8-98g	393	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
9	8-800	385	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
10	3-225	379	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
11	8-930	379	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
12	8-522	342	Hochvoltstrahlentherapie
13	8-542	329	Nicht komplexe Chemotherapie
14	8-547	293	Andere Immuntherapie
15	8-831	289	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße

B-4.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 33,55

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	33,55	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	33,03	
Nicht Direkt	0,52	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 152,72727

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 14,05

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,05	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,53	
Nicht Direkt	0,52	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 364,69751

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-4.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-5 Kardiologie

B-5.1 Allgemeine Angaben Kardiologie

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt bis 31.03.2020
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Peter Weismüller
Telefon	02331/201-2274
Fax	02331/201-2313
E-Mail	kardiologie.akh@agaplesion.de
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	http://www.akh-hagen.de/leistungsspektrum/fachabteilungen/klinik-fuer-kardiologie

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt seit 01.04.2020
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Kaffer Kara
Telefon	02331/201-2274
Fax	02331/201-2313
E-Mail	kardiologie.akh@agaplesion.de
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	http://www.akh-hagen.de/leistungsspektrum/fachabteilungen/klinik-fuer-kardiologie

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote Kardiologie

Nr. Medizinische Leistungsangebote Kardiologie

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

B-5.5 Fallzahlen Kardiologie

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	2911
Teilstationäre Fallzahl	0

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I20	399	Angina pectoris
2	I50	345	Herzinsuffizienz
3	I48	308	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
4	R07	268	Hals- und Brustschmerzen
5	I25	264	Chronische ischämische Herzkrankheit

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
6	I21	242	Akuter Myokardinfarkt
7	I10	130	Essentielle (primäre) Hypertonie
8	R55	106	Synkope und Kollaps
9	I47	89	Paroxysmale Tachykardie
10	R00	65	Störungen des Herzschlages
11	I49	52	Sonstige kardiale Arrhythmien
12	I26	51	Lungenembolie
13	I34	48	Nichtreumatische Mitralklappenkrankheiten
14	Z45	46	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes
15	I11	42	Hypertensive Herzkrankheit

B-5.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-275	1295	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
2	8-837	1135	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
3	8-83b	1022	Zusatzinformationen zu Materialien
4	9-984	706	Pflegebedürftigkeit
5	8-933	683	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie
6	3-052	528	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
7	3-030	471	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel
8	3-990	470	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
9	3-991	461	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
10	8-930	367	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
11	1-265	192	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt
12	3-05g	168	Endosonographie des Herzens
13	8-640	167	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
14	8-835	165	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen
15	1-279	149	Andere diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Gefäßen

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Notfallambulanz

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

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 11,36

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,36	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,26	
Nicht Direkt	0,1	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 256,25

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,34

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,34	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,24	
Nicht Direkt	0,1	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 396,59401

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ24	Innere Medizin und Angiologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin

B-5.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-6 Kinder- und Jugendmedizin

B-6.1 Allgemeine Angaben Kinder- und Jugendmedizin

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Kinder- und Jugendmedizin
Fachabteilungsschlüssel	1000
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

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

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote Kinder- und Jugendmedizin

Nr. Medizinische Leistungsangebote Kinder- und Jugendmedizin

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

B-6.5 Fallzahlen Kinder- und Jugendmedizin

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	1671
Teilstationäre Fallzahl	0

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J20	163	Akute Bronchitis
2	G40	122	Epilepsie
3	A09	77	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
4	R10	72	Bauch- und Beckenschmerzen
5	J06	66	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege
6	E10	51	Diabetes mellitus, Typ 1
7	K59	46	Sonstige funktionelle Darmstörungen
8	N10	45	Akute tubulointerstitielle Nephritis
9	R55	44	Synkope und Kollaps
10	D56	40	Thalassämie
11	F80	40	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
12	J12	33	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert
13	R51	33	Kopfschmerz
14	R07	28	Hals- und Brustschmerzen
15	F10	27	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

B-6.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-207	747	Elektroenzephalographie [EEG]
2	9-984	201	Pflegebedürftigkeit
3	8-903	182	(Analgo-)Sedierung
4	3-800	161	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
5	8-930	141	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
6	8-98g	83	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
7	1-204	43	Untersuchung des Liquorsystems
8	8-800	43	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
9	6-003	40	Applikation von Medikamenten, Liste 3
10	1-632	33	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie
11	1-440	24	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
12	8-650	24	Elektrotherapie
13	8-020	20	Therapeutische Injektion
14	8-984	19	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
15	1-710	14	Ganzkörperplethysmographie

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Notfallambulanz

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

Sozialpädiatrisches Zentrum Hagen (SPZ)

Ambulanzart	Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V (AM03)
Angebotene Leistung	Sozialpädiatrisches Zentrum (VK35)

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 21,42

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	21,42	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,41	
Nicht Direkt	0,01	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 78,0112

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,71

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,71	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,7	
Nicht Direkt	0,01	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 172,09063

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF20	Kinder-Pneumologie
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –

B-6.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-7 Neonatologie

B-7.1 Allgemeine Angaben Neonatologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Neonatologie
Fachabteilungsschlüssel	1200
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote Neonatologie

Nr. Medizinische Leistungsangebote Neonatologie

VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
VK02	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Neonatologie
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK23	Versorgung von Mehrlingen
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärztinnen und Frauenärzten
VK25	Neugeborenencreening
VK36	Neonatologie

B-7.5 Fallzahlen Neonatologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	297
Teilstationäre Fallzahl	0

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	P07	110	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert
2	P22	36	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen
3	P59	20	Neugeborenenikterus durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen
4	P70	13	Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind
5	P28	8	Sonstige Störungen der Atmung mit Ursprung in der Perinatalperiode
6	J20	6	Akute Bronchitis
7	P58	6	Neugeborenenikterus durch sonstige gesteigerte Hämolyse
8	P91	6	Sonstige zerebrale Störungen beim Neugeborenen
9	J06	5	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege
10	P02	5	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch Komplikationen von Plazenta, Nabelschnur und Eihäuten
11	P74	5	Sonstige transitorische Störungen des Elektrolythaushaltes und des Stoffwechsels beim Neugeborenen
12	P92	5	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen
13	Z76	5	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen
14	Q90	4	Down-Syndrom
15	A09	< 4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs

B-7.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-930	255	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
2	1-208	214	Registrierung evozierter Potentiale
3	9-262	195	Postnatale Versorgung des Neugeborenen
4	8-010	130	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen
5	8-560	49	Lichttherapie
6	8-711	34	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen
7	1-207	31	Elektroenzephalographie [EEG]
8	3-033	26	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Neugeborenen und Kleinkindern
9	8-720	22	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen
10	3-800	13	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
11	8-831	13	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
12	8-903	10	(Analgo-)Sedierung
13	6-003	8	Applikation von Medikamenten, Liste 3
14	8-015	5	Enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung
15	8-701	5	Einfache endotracheale Intubation

B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein
-----------------------------------	------

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

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

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

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-7.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-7.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-8 Klinik für Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie

B-8.1 Allgemeine Angaben Klinik für Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-8.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Notfallmedizin
VC21	Endokrine Chirurgie
VC22	Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie
VC24	Tumorchirurgie
VC61	Dialyseshuntchirurgie
VC62	Portimplantation

B-8.5 Fallzahlen Klinik für Allgemein-, Viszeral- und spezielle Viszeralchirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1361
Teilstationäre Fallzahl	0

B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K80	197	Cholelithiasis
2	K40	128	Hernia inguinalis
3	K35	94	Akute Appendizitis
4	K57	88	Divertikulose des Darmes
5	E04	57	Sonstige nichttoxische Struma
6	C18	54	Bösartige Neubildung des Kolons
7	C20	51	Bösartige Neubildung des Rektums
8	K56	51	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
9	K43	48	Hernia ventralis
10	K64	47	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
11	R10	44	Bauch- und Beckenschmerzen
12	K42	37	Hernia umbilicalis
13	K61	36	Abszess in der Anal- und Rektalregion
14	L05	34	Pilonidalzyste
15	K81	28	Cholezystitis

B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-511	250	Cholezystektomie
2	3-225	227	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3	3-226	199	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
4	5-932	169	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
5	9-984	164	Pflegebedürftigkeit
6	8-831	155	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
7	5-469	143	Andere Operationen am Darm

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	1-632	134	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
9	5-530	126	Verschluss einer Hernia inguinalis
10	8-930	122	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
11	5-399	114	Andere Operationen an Blutgefäßen
12	1-653	113	Diagnostische Proktoskopie
13	5-983	112	Reoperation
14	5-069	99	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen
15	5-455	99	Partielle Resektion des Dickdarmes

B-8.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Notfallambulanz

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

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

B-8.11 Personelle Ausstattung

B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 12,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,44	
Nicht Direkt	0,06	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 108,88

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,21

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,21	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,15	
Nicht Direkt	0,06	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 133,30069

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF34	Proktologie

B-8.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Kommentar: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-8.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-9 Unfallchirurgie

B-9.1 Allgemeine Angaben Unfallchirurgie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Unfallchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1600
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

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

B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-9.3 Medizinische Leistungsangebote Unfallchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Unfallchirurgie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Unfallchirurgie
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie
VO19	Schulterchirurgie

B-9.5 Fallzahlen Unfallchirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1322
Teilstationäre Fallzahl	0

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S52	168	Fraktur des Unterarmes
2	S42	135	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
3	S82	127	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
4	S06	109	Intrakranielle Verletzung
5	S72	88	Fraktur des Femurs
6	S00	57	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
7	S32	45	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
8	S22	44	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
9	T84	34	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
10	S92	29	Fraktur des Fußes [ausgenommen oberes Sprunggelenk]
11	S30	23	Oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens
12	S83	21	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes
13	M75	20	Schulterläsionen
14	S13	20	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern in Halshöhe
15	S43	19	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels

B-9.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-9.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-794	346	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
2	9-984	311	Pflegebedürftigkeit
3	8-930	266	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
4	3-200	172	Native Computertomographie des Schädels
5	5-787	141	Entfernung von Osteosynthesematerial
6	5-790	140	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
7	8-800	104	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8	5-793	88	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
9	5-896	82	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
10	5-900	79	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
11	3-20x	75	Andere native Computertomographie
12	3-203	70	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
13	5-796	62	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen
14	5-916	62	Temporäre Weichteildeckung
15	5-859	55	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln

B-9.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Notfallambulanz

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

D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

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

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Ja

B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,08	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,04	
Nicht Direkt	0,04	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 186,72316

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,11	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,07	
Nicht Direkt	0,04	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 321,6545

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie

B-9.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-9.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-10 Urologie

B-10.1 Allgemeine Angaben Urologie

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

Ärztliche Leitung

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

B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-10.3 Medizinische Leistungsangebote Urologie

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

B-10.5 Fallzahlen Urologie

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	1915
Teilstationäre Fallzahl	0

B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-10.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	N13	412	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie
2	C67	277	Bösartige Neubildung der Harnblase
3	C61	193	Bösartige Neubildung der Prostata
4	N40	153	Prostatahyperplasie
5	N20	136	Nieren- und Ureterstein
6	N10	70	Akute tubulointerstitielle Nephritis
7	C62	63	Bösartige Neubildung des Hodens
8	N30	51	Zystitis
9	C64	46	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
10	N41	37	Entzündliche Krankheiten der Prostata
11	N45	36	Orchitis und Epididymitis
12	N32	27	Sonstige Krankheiten der Harnblase
13	R39	24	Sonstige Symptome, die das Harnsystem betreffen
14	C65	23	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens
15	N31	20	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert

B-10.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-10.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-13d	850	Urographie
2	8-132	570	Manipulationen an der Harnblase
3	8-137	535	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
4	9-984	371	Pflegebedürftigkeit
5	5-573	296	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
6	5-572	295	Zystostomie
7	5-562	243	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
8	1-661	214	Diagnostische Urethrozystoskopie
9	5-550	196	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung
10	5-585	190	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra
11	5-601	179	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe
12	8-930	175	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
13	3-13f	148	Zystographie
14	8-133	129	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters
15	3-225	112	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel

B-10.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

B-10.11 Personelle Ausstattung

B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 9,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,83	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,69	
Nicht Direkt	0,14	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 194,8118

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 8,48

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,48	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,34	
Nicht Direkt	0,14	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 225,82547

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-10.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-10.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-11 Orthopädie

B-11.1 Allgemeine Angaben Orthopädie

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

Ärztliche Leitung

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

B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-11.3 Medizinische Leistungsangebote Orthopädie

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

B-11.5 Fallzahlen Orthopädie

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	1153
Teilstationäre Fallzahl	0

B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-11.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	M54	194	Rückenschmerzen
2	M16	116	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
3	M17	115	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
4	M51	105	Sonstige Bandscheibenschäden
5	M75	78	Schulterläsionen
6	T84	57	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
7	M23	56	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]
8	S32	28	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
9	M48	25	Sonstige Spondylopathien
10	M19	23	Sonstige Arthrose
11	M25	21	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert
12	M22	18	Krankheiten der Patella
13	S22	17	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
14	C79	16	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
15	M67	16	Sonstige Krankheiten der Synovialis und der Sehnen

B-11.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-11.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	228	Pflegebedürftigkeit
2	5-812	169	Arthroskopische Operation am Gelenknorpel und an den Menisken
3	5-810	138	Arthroskopische Gelenkoperation
4	8-910	133	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
5	3-802	131	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
6	5-820	130	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
7	5-811	113	Arthroskopische Operation an der Synovialis
8	5-822	113	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk
9	5-814	92	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
10	5-839	89	Andere Operationen an der Wirbelsäule
11	3-203	82	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
12	5-984	78	Mikrochirurgische Technik
13	5-986	78	Minimalinvasive Technik
14	5-988	75	Anwendung eines Navigationssystems
15	5-032	50	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis

B-11.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

B-11.11 Personelle Ausstattung

B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,59

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,59	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,37	
Nicht Direkt	0,22	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 151,91041

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,22

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,22	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5	
Nicht Direkt	0,22	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 220,88123

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

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

B-11.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-11.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-12 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-12.1 Allgemeine Angaben Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt(seit 01.10.21 Chefarzt: Herr Dr. med. Askin Dogan)
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Marc Schüssler
Telefon	02331/201-2164
Fax	02331/201-3119
E-Mail	gynaekologie.akh@agaplesion.de
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	http://www.akh-hagen.de/leistungsspektrum/fachabteilungen/klinik-fuer-gynaekologie-und-geburtshilfe

B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Keine Vereinbarung geschlossen

B-12.3 Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Frauenheilkunde und Geburtshilfe
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
VG05	Endoskopische Operationen
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG19	Ambulante Entbindung

B-12.5 Fallzahlen Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	3616
Teilstationäre Fallzahl	0

B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-12.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	Z38	1015	Lebendgeborene nach dem Geburtsort
2	O80	211	Spontangeburt eines Einlings
3	O68	197	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]
4	O34	190	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane
5	C50	189	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
6	O70	175	Dammriss unter der Geburt
7	O42	172	Vorzeitiger Blasensprung
8	O71	77	Sonstige Verletzungen unter der Geburt

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
9	C54	65	Bösartige Neubildung des Corpus uteri
10	N83	58	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri
11	O21	58	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft
12	O36	52	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Fetus
13	O47	49	Frustrane Kontraktionen [Unnütze Wehen]
14	D25	48	Leiomyom des Uterus
15	O64	45	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- und Einstellungsanomalien des Fetus

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

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

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

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-208	1020	Registrierung evozierter Potentiale
2	9-262	1019	Postnatale Versorgung des Neugeborenen
3	5-758	437	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]
4	9-260	429	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
5	5-749	396	Andere Sectio caesarea
6	9-261	336	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
7	8-910	263	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
8	5-740	233	Klassische Sectio caesarea
9	5-870	160	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
10	9-984	153	Pflegebedürftigkeit
11	3-225	142	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
12	5-730	131	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]
13	5-690	117	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
14	3-222	116	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
15	5-401	107	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße

B-12.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Notfallambulanz (24h)

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

B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

B-12.11 Personelle Ausstattung

B-12.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 13,15

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,15	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,33	
Nicht Direkt	0,82	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 274,98099

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,56

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,56	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,74	
Nicht Direkt	0,82	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 478,30688

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-12.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-12.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-13 Strahlentherapie

B-13.1 Allgemeine Angaben Strahlentherapie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Strahlentherapie
Fachabteilungsschlüssel	3300
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefärztin Diese Abteilung wurde zum 31.03.20 geschlossen. Seitdem erfolgt eine enge Kooperation mit dem MVZ Prof. Uhlenbrock und Partner am Standort des Krankenhauses.
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Susanne Vornholt
Telefon	02331/201-2622
Fax	02331/201-2637
E-Mail	info@agaplesion.de
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	http://www.akh-hagen.de/

B-13.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-13.3 Medizinische Leistungsangebote Strahlentherapie

Nr. Medizinische Leistungsangebote Strahlentherapie

VR30	Oberflächenstrahlentherapie
VR31	Orthovoltstrahlentherapie
VR32	Hochvoltstrahlentherapie
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie

B-13.5 Fallzahlen Strahlentherapie

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-13.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-13.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-13.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-13.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-13.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein
-----------------------------------	------

B-13.11 Personelle Ausstattung

B-13.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1,13

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,13	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0,88

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,88	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,88	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF30	Palliativmedizin

B-13.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-13.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-14 Dermatologie

B-14.1 Allgemeine Angaben Dermatologie

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Dermatologie
Fachabteilungsschlüssel	3400
Art	Belegabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Volker Kingreen
Telefon	02331/201-2207
Fax	02331/201-2202
E-Mail	dermatologie.akh@agaplesion.de
Straße/Nr	Grünstr. 35
PLZ/Ort	58095 Hagen
Homepage	http://www.akh-hagen.de/leistungsspektrum/fachabteilungen/klinik-fuer-dermatologie-und-allergologie

B-14.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-14.3 Medizinische Leistungsangebote Dermatologie

Nr. Medizinische Leistungsangebote Dermatologie

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

B-14.5 Fallzahlen Dermatologie

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	230
Teilstationäre Fallzahl	0

B-14.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-14.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C44	166	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
2	B02	12	Zoster [Herpes zoster]
3	C43	8	Bösartiges Melanom der Haut
4	I83	8	Varizen der unteren Extremitäten
5	L40	8	Psoriasis
6	B86	6	Skabies
7	A46	5	Erysipel [Wundrose]
8	C00	< 4	Bösartige Neubildung der Lippe
9	D04	< 4	Carcinoma in situ der Haut
10	I70	< 4	Atherosklerose
11	I87	< 4	Sonstige Venenkrankheiten
12	L12	< 4	Pemphigoidkrankheiten
13	L13	< 4	Sonstige bullöse Dermatosen
14	L27	< 4	Dermatitis durch oral, enteral oder parenteral aufgenommene Substanzen
15	L30	< 4	Sonstige Dermatitis

B-14.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-14.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-14.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-895	187	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
2	8-191	116	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen
3	5-902	114	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle
4	9-984	83	Pflegebedürftigkeit
5	5-903	69	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut
6	5-896	5	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
7	5-913	5	Entfernung oberflächlicher Hautschichten
8	5-908	4	Plastische Operation an Lippe und Mundwinkel
9	1-632	< 4	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
10	1-650	< 4	Diagnostische Koloskopie
11	1-694	< 4	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
12	3-221	< 4	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel
13	3-222	< 4	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
14	3-225	< 4	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
15	3-226	< 4	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel

B-14.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-14.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-14.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-14.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein
-----------------------------------	------

B-14.11 Personelle Ausstattung

B-14.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Anzahl: 3

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

Anzahl stationäre Fälle je Person: 76,66667

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr. Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten
------	----------------------------------

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr. Zusatz-Weiterbildung

ZF31	Phlebologie
------	-------------

B-14.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 39 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-14.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	343	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Geburtshilfe (16/1)	1235	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	223	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	58	98,3	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	24	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	10	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	184	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	156	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	28	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	60	98,3	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	12	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	25	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	10	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	116	99,1	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	109	99,1	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und – komponentenwechsel (KEP_WE)	8	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Mammachirurgie (18/1)	179	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Neonatologie (NEO)	209	98,1	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	242	98,8	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	2005
Grundgesamtheit	343
Beobachtete Ereignisse	336
Erwartete Ereignisse	343,00
Ergebnis (Einheit)	97,96%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,73 - 98,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,85 - 99,01%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)

Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232000_2005
Grundgesamtheit	246
Beobachtete Ereignisse	241
Erwartete Ereignisse	246,00
Ergebnis (Einheit)	97,97%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,63 - 98,73%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,33 - 99,13%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2006
Grundgesamtheit	332
Beobachtete Ereignisse	325
Erwartete Ereignisse	332,00
Ergebnis (Einheit)	97,89%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,79 - 98,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,71 - 98,98%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232001_2006
Grundgesamtheit	238

Beobachtete Ereignisse	233
Erwartete Ereignisse	238,00
Ergebnis (Einheit)	97,90%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,69 - 98,80%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,18 - 99,10%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2007
Grundgesamtheit	11
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	11,00
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,25 - 97,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,12 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232002_2007
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	8,00
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	96,41 - 97,26%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	67,56 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	2009
Grundgesamtheit	195
Beobachtete Ereignisse	180
Erwartete Ereignisse	195,00
Ergebnis (Einheit)	92,31%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,08 - 93,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,70 - 95,28%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Bezeichnung der Kennzahl	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID- 19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden).
Ergebnis-ID	232003_2009
Grundgesamtheit	275
Beobachtete Ereignisse	216
Erwartete Ereignisse	275,00
Ergebnis (Einheit)	78,54%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	82,89 - 83,19%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	73,32 - 82,99%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
Ergebnis-ID	2013
Grundgesamtheit	120
Beobachtete Ereignisse	107
Erwartete Ereignisse	120,00
Ergebnis (Einheit)	89,17%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,49 - 92,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	82,34 - 93,56%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Bezeichnung der Kennzahl	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232004_2013
Grundgesamtheit	90
Beobachtete Ereignisse	79
Erwartete Ereignisse	90,00
Ergebnis (Einheit)	87,78%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,52 - 92,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	79,43 - 93,04%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist
Ergebnis-ID	2028
Grundgesamtheit	187
Beobachtete Ereignisse	167

Erwartete Ereignisse	187,00
Ergebnis (Einheit)	89,30%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,41 - 96,58%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	84,06 - 92,97%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232005_2028
Grundgesamtheit	134
Beobachtete Ereignisse	121
Erwartete Ereignisse	134,00
Ergebnis (Einheit)	90,30%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,77 - 96,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	84,11 - 94,24%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
Ergebnis-ID	2036
Grundgesamtheit	167
Beobachtete Ereignisse	163
Erwartete Ereignisse	167,00
Ergebnis (Einheit)	97,60%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,62 - 98,73%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,00 - 99,06%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19- Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232006_2036
Grundgesamtheit	121
Beobachtete Ereignisse	120
Erwartete Ereignisse	121,00
Ergebnis (Einheit)	99,17%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,57 - 98,71%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,47 - 99,85%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	50722
Grundgesamtheit	328
Beobachtete Ereignisse	308
Erwartete Ereignisse	328,00
Ergebnis (Einheit)	93,90%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,69 - 96,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,77 - 96,02%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	D50 - Unvollständige oder falsche Dokumentation

Bezeichnung der Kennzahl	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232009_50722
Grundgesamtheit	232
Beobachtete Ereignisse	221

Erwartete Ereignisse	232,00
Ergebnis (Einheit)	95,26%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,63 - 96,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,71 - 97,33%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	201
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	16,92
Ergebnis (Einheit)	0,77
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1.98 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,45 - 1,28
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	232007_50778
Grundgesamtheit	284
Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	24,13
Ergebnis (Einheit)	0,83
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,54 - 1,25

Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde.
Ergebnis-ID	232010_50778
Grundgesamtheit	83
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	7,21
Ergebnis (Einheit)	0,97
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,48 - 1,89
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	231900
Grundgesamtheit	246
Beobachtete Ereignisse	42
Erwartete Ereignisse	246,00
Ergebnis (Einheit)	17,07%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	15,35 - 15,69%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	12,89 - 22,27%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert und inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt).
Ergebnis-ID	232008_231900
Grundgesamtheit	343

Beobachtete Ereignisse	57
Erwartete Ereignisse	343,00
Ergebnis (Einheit)	16,62%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	16,92 - 17,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	13,05 - 20,92%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend
Ergebnis-ID	318
Grundgesamtheit	47
Beobachtete Ereignisse	43
Erwartete Ereignisse	47,00
Ergebnis (Einheit)	91,49%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,69 - 97,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,07 - 96,64%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung der Kennzahl	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen (Frühgeborene, Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	321
Grundgesamtheit	1324
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	1324,00
Ergebnis (Einheit)	0,38%
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,22 - 0,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,16 - 0,88%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein
Ergebnis-ID	330
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	14,00
Ergebnis (Einheit)	71,43%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,13 - 96,97%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	45,35 - 88,28%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	D50 - Unvollzählige oder falsche Dokumentation

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten
Ergebnis-ID	1058
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	27,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,22 - 0,43%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 12,46%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben
Ergebnis-ID	50045
Grundgesamtheit	515
Beobachtete Ereignisse	510
Erwartete Ereignisse	515,00
Ergebnis (Einheit)	99,03%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,94 - 99,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,75 - 99,58%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung der Kennzahl	Azidose bei reifen Einlingen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
Ergebnis-ID	51397
Grundgesamtheit	1324
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	3,04
Ergebnis (Einheit)	1,65
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,70 - 3,84
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (Frühgeborene wurden nicht miteinbezogen)
Ergebnis-ID	51803
Grundgesamtheit	1344
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	9,14
Ergebnis (Einheit)	1,09
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.32
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,59 - 2,01
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Azidose bei frühgeborenen Einlingen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
Ergebnis-ID	51831
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,52
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5.32 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,16
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Kaiserschnittgeburt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
Ergebnis-ID	52249
Grundgesamtheit	1450
Beobachtete Ereignisse	513
Erwartete Ereignisse	446,71
Ergebnis (Einheit)	1,15
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1.24 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,07 - 1,23
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt. Zwilling- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen
Ergebnis-ID	181800
Grundgesamtheit	944
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,83
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.23 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 0,97
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,62
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	612
Grundgesamtheit	51
Beobachtete Ereignisse	40
Erwartete Ereignisse	51,00
Ergebnis (Einheit)	78,43%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 74.11 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,23 - 88,88%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	65,37 - 87,51%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	10211
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,35 - 8,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeerntfernung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
Ergebnis-ID	12874
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 1,09%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen
Ergebnis-ID	51906
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,80
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4.18
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheeter
Ergebnis-ID	52283
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6.19 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,90 - 3,12%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und (Salpingo-) Ovariectomie mit Normalbefund oder benigner Histologie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60685
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 1,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	A41 - Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und (Salpingo-) Ovariectomie mit Normalbefund oder benigner Histologie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60686
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	16,00
Ergebnis (Einheit)	37,50%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 44.70 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	19,41 - 20,84%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	18,48 - 61,36%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52307
Grundgesamtheit	97
Beobachtete Ereignisse	97
Erwartete Ereignisse	97,00
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,21 - 98,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,19 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	111801
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	24,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.30 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,18 - 0,33%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 13,80%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Das Herzschrittmachergehäuse musste innerhalb von vier Jahren nach dem erstmaligen Einsetzen ausgetauscht werden, weil die Batterie erschöpft war (betrifft Herzschrittmacher mit ein oder zwei Kabeln)
Ergebnis-ID	2190
Grundgesamtheit	170
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	170,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,02 - 0,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
Ergebnis-ID	2194
Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	53,00
Ergebnis (Einheit)	1,68
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.77 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	2195
Grundgesamtheit	53
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	53,00
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6.14 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51191
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,31
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4.29 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,18
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechselln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Ergebnis-ID	52139
Grundgesamtheit	81
Beobachtete Ereignisse	74
Erwartete Ereignisse	81,00
Ergebnis (Einheit)	91,36%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,73 - 89,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	83,22 - 95,75%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.
Ergebnis-ID	52305
Grundgesamtheit	222
Beobachtete Ereignisse	211
Erwartete Ereignisse	222,00
Ergebnis (Einheit)	95,04%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,23 - 95,39%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,35 - 97,21%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52311
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,50 - 1,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Ergebnis-ID	54140

Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	55
Erwartete Ereignisse	56,00
Ergebnis (Einheit)	98,21%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,43 - 98,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,55 - 99,68%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 1. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54141
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	54
Erwartete Ereignisse	56,00
Ergebnis (Einheit)	96,43%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,51 - 96,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,88 - 99,02%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 2. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54142
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	56,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit) 0,07 - 0,12%

Vertrauensbereich (Krankenhaus) 0,00 - 6,42%

Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des
Stellungnahmeverfahrens -

Leistungsbereich (LB)

Herzschrittmacher-Implantation

Bezeichnung des Qualitätsindikators

Systeme 3. Wahl

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

Ergebnis-ID 54143

Grundgesamtheit entfällt

Beobachtete Ereignisse entfällt

Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit) -

Referenzbereich (bundesweit) <= 10.00 %

Vertrauensbereich (bundesweit) 1,68 - 1,88%

Vertrauensbereich (Krankenhaus) entfällt

**Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des
Stellungnahmeverfahrens** R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)

Herzschrittmacher-Implantation

Bezeichnung des Qualitätsindikators

Dosis-Flächen-Produkt

Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID 101800

Grundgesamtheit entfällt

Beobachtete Ereignisse entfällt

Erwartete Ereignisse

Ergebnis (Einheit) 0,39

Referenzbereich (bundesweit) <= 3.44 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 0,89
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	101801
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	57,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.60 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 6,31%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	101802
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	57,00
Ergebnis (Einheit)	24,56%
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	54,68 - 55,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	15,23 - 37,10%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	101803
Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	57
Erwartete Ereignisse	57,00
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,02 - 94,36%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,69 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51404
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,08
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5.20 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,20
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 35,52
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52315
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	8,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 1,29%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 32,44%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	121800
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	10,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.10 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,27%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 27,75%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	10271
Grundgesamtheit	126
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	126,00
Ergebnis (Einheit)	4,80
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.81 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	A41 - Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54001
Grundgesamtheit	115
Beobachtete Ereignisse	115
Erwartete Ereignisse	115,00
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,58 - 97,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,77 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54002
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	26
Erwartete Ereignisse	28,00
Ergebnis (Einheit)	92,86%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,02 - 93,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	77,35 - 98,02%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54003
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	41,00
Ergebnis (Einheit)	9,76%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,11 - 10,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,86 - 22,55%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID	54004
Grundgesamtheit	153

Beobachtete Ereignisse	150
Erwartete Ereignisse	153,00
Ergebnis (Einheit)	98,04%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,25 - 97,40%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,39 - 99,33%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54012
Grundgesamtheit	138
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	4,62
Ergebnis (Einheit)	1,30
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.44 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,60 - 2,74
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54013
Grundgesamtheit	98
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	98,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%

Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,04 - 0,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
Ergebnis-ID	54015
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	4,23
Ergebnis (Einheit)	1,89
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.15 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,99 - 3,29
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54016
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-

Referenzbereich (bundesweit)	<= 6.48 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,42 - 1,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54017
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	28,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 19.26 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	6,59 - 7,36%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 12,06%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
Ergebnis-ID	54018
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11.54 % (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	4,56 - 4,90%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54019
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7.32 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,21 - 2,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54120
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,83
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.06 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	191914
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	1,91
Ergebnis (Einheit)	2,62
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,14 - 5,48
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)
Ergebnis-ID	54029
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5.44 % (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,79 - 2,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54030
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,86 - 11,36%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54033
Grundgesamtheit	41
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	6,40
Ergebnis (Einheit)	1,41
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.16 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,77 - 2,35
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54042
Grundgesamtheit	59
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	5,88
Ergebnis (Einheit)	0,85
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.26 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,37 - 1,84
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54046
Grundgesamtheit	59
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	2,91
Ergebnis (Einheit)	1,72
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,74 - 3,72
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID	54050
Grundgesamtheit	52
Beobachtete Ereignisse	52
Erwartete Ereignisse	52,00
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,16 - 97,44%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,12 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Ergebnis-ID	52321
Grundgesamtheit	51
Beobachtete Ereignisse	51
Erwartete Ereignisse	51,00
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,69 - 98,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,00 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	141800
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	12,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.80 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,15 - 0,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 24,25%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen
Ergebnis-ID	50005
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	25,00
Ergebnis (Einheit)	92,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,58 - 97,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	75,03 - 97,78%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	50055
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	25,00
Ergebnis (Einheit)	92,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,37 - 92,11%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	75,03 - 97,78%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51186
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,40
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6.96 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,24
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechselln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
Ergebnis-ID	52131

Grundgesamtheit	36
Beobachtete Ereignisse	35
Erwartete Ereignisse	36,00
Ergebnis (Einheit)	97,22%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	90,71 - 91,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	85,83 - 99,51%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52316
Grundgesamtheit	74
Beobachtete Ereignisse	72
Erwartete Ereignisse	74,00
Ergebnis (Einheit)	97,30%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,02 - 96,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,67 - 99,26%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
Ergebnis-ID	52325
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	24,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.00 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,71 - 0,97%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 13,80%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	131801
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,69
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.72 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 0,97
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	131802
Grundgesamtheit	25
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	25,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.50 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 1,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 13,32%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	131803
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	24,00
Ergebnis (Einheit)	16,67%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	54,58 - 55,95%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	6,68 - 35,85%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anzahl an aufgetretenen Problemen. Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
Ergebnis-ID	132001
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	32,00
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.63 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anzahl an aufgetretenen Problemen. Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
Ergebnis-ID	132002
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,53
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.80 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,78 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51196
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	5,94
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4.92 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 - 1,38
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	A41 - Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)
Ergebnis-ID	52324
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	7,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,46 - 0,88%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 35,43%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	151800
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.90 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,17 - 1,69%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	A41 - Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	50481
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	7,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10.40 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,44 - 4,11%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 35,43%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54020
Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	99
Erwartete Ereignisse	99,00
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,05 - 98,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,26 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54021
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	9,00
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,17 - 97,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	70,09 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54022
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	8,00
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,01 - 94,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	67,56 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54028
Grundgesamtheit	109
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,27
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4.95 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,17
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 13,96
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54123
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4.38 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,12 - 1,23%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54124
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.80 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 0,99%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54125
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	8,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 12.79 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,09 - 4,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 32,44%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54127
Grundgesamtheit	109
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	109,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 - 0,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Knieendoprothesen- Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig
Ergebnis-ID	54128
Grundgesamtheit	95
Beobachtete Ereignisse	94
Erwartete Ereignisse	95,00
Ergebnis (Einheit)	98,95%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 98.27 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,73 - 99,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Primäre Axilladisektion bei DCIS
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)
Ergebnis-ID	2163
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	8,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,05 - 0,22%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 32,44%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde
Ergebnis-ID	50719
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	7,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5.13 % (80. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,59 - 4,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 35,43%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage
Ergebnis-ID	51370
Grundgesamtheit	103
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	103,00
Ergebnis (Einheit)	11,65%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11.67 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,07 - 3,38%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	6,79 - 19,27%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt
Ergebnis-ID	51846
Grundgesamtheit	129
Beobachtete Ereignisse	119
Erwartete Ereignisse	129,00
Ergebnis (Einheit)	92,25%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,82 - 98,03%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	86,32 - 95,74%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	U33 - Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
Kommentar beauftragte Stelle	nennenswerte Anzahl Dokumentationsfehler, ansonsten nachvollziehbare klinische Situationen

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur Sentinel- Lymphknoten-Biopsie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)
Ergebnis-ID	51847
Grundgesamtheit	51
Beobachtete Ereignisse	51
Erwartete Ereignisse	51,00
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,78 - 97,16%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,00 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	HER2-Positivitätsrate
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet)
Ergebnis-ID	52268
Grundgesamtheit	116
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	116,00
Ergebnis (Einheit)	18,10%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	13,13 - 13,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	12,16 - 26,10%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)
Ergebnis-ID	52279
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	45
Erwartete Ereignisse	45,00
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,69 - 98,95%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,13 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)
Ergebnis-ID	52330
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	26
Erwartete Ereignisse	26,00
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,35 - 99,57%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,13 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nachresektionsrate
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden
Ergebnis-ID	60659
Grundgesamtheit	113
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	113,00
Ergebnis (Einheit)	12,39%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 23.01 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	11,06 - 11,58%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	7,53 - 19,73%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen
Ergebnis-ID	211800
Grundgesamtheit	113
Beobachtete Ereignisse	110
Erwartete Ereignisse	113,00
Ergebnis (Einheit)	97,34%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 97.04 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,30 - 99,43%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,48 - 99,09%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50050
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,47
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 1,09
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50052
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,09
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50053
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,28
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,06 - 1,27
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nosokomiale Infektion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Infektion, die sie im Krankenhaus erworben haben (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50060
Grundgesamtheit	188
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,18
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.34 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,86 - 0,97
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Pneumothorax unter oder nach Beatmung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eine Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand, die während oder nach der Beatmung aufgetreten ist
Ergebnis-ID	50062

Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,70
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.28 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 - 0,94
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung eines Hörtests
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ein Hörtest wurde durchgeführt
Ergebnis-ID	50063
Grundgesamtheit	192
Beobachtete Ereignisse	191
Erwartete Ereignisse	192,00
Ergebnis (Einheit)	99,48%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,97 - 98,14%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Schwangerschaftswochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50069
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,83
Ergebnis (Einheit)	0,00

Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.47 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Lebendgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31+0 Schwangerschaftswochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	50074
Grundgesamtheit	183
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	7,22
Ergebnis (Einheit)	0,83
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.00 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)
Ergebnis-ID	51070
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,34 - 0,42%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	U31 - Besondere klinische Situation

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51076
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	14,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,95 - 3,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51078
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	9,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,82 - 3,71%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51079
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	12,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	6,12 - 7,28%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51832
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,88 - 4,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51837

Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,00
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,18
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
Ergebnis-ID	51838
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,71 - 2,23%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung der Kennzahl	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	51843
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,50
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,80 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten
Ergebnis-ID	51901
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,48
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.23 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,11
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Neonatologie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zunahme des Kopfumfangs
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an beatmeten Kindern mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
Ergebnis-ID	52262
Grundgesamtheit	35
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	35,00
Ergebnis (Einheit)	17,14%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 26.76 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,64 - 10,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts 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 (Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	15874
Beobachtete Ereignisse	36
Erwartete Ereignisse	41,86
Ergebnis (Einheit)	0,86
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.32 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	15874
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	15874,00
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	15874
Beobachtete Ereignisse	28
Erwartete Ereignisse	15874,00
Ergebnis (Einheit)	0,18%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,33 - 0,33%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,12 - 0,25%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	15874
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	15874,00
Ergebnis (Einheit)	0,05%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,03 - 0,10%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

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

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

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

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

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

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

	Mindestmenge	Erbrachte Menge
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	97
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	16
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14	15

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	Ja
Organsystem Pankreas	
Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	Ja

Früh- und Neugeborene, Gewicht kleiner 1250 g

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt Ja

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt: Ja

Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2020: 97

Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge: 89

Organsystem Pankreas

Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt: Ja

Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2020: 16

Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge: 16

Früh- und Neugeborene, Gewicht kleiner 1250 g

Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt: Ja

Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2020: 15

Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge: 24

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt Ja

Organsystem Pankreas

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt Ja

Früh- und Neugeborene, Gewicht kleiner 1250 g

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt Ja

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

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden Nein

Organsystem Pankreas

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden Nein

Früh- und Neugeborene, Gewicht kleiner 1250 g

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden Nein

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

**Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1 (CQ05)
Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org**

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

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

Der ‚klärende Dialog‘ ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Zentren, die nach dem 01.01.2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die Personalausstattung in der Pflege (Pflegeschlüssel), die zur Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g notwendig sind, noch nicht vollumfänglich erreicht haben.

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

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

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

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

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Intensivmedizin	50	Tagschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	50	Nachtschicht	100,00%	0
Kardiologie	13b	Tagschicht	100,00%	0
Kardiologie	13b	Nachtschicht	100,00%	0
Kardiologie	12a	Tagschicht	100,00%	0
Kardiologie	12a	Nachtschicht	100,00%	0
Kardiologie	22	Tagschicht	100,00%	0
Kardiologie	22	Nachtschicht	100,00%	0
Kardiologie	44	Tagschicht	100,00%	0
Kardiologie	44	Nachtschicht	100,00%	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Intensivmedizin	50	Tagschicht	99,06%
Intensivmedizin	50	Nachtschicht	98,12%
Kardiologie	13b	Tagschicht	65,00%
Kardiologie	13b	Nachtschicht	71,67%
Kardiologie	12a	Tagschicht	100,00%
Kardiologie	12a	Nachtschicht	100,00%
Kardiologie	22	Tagschicht	83,33%

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Kardiologie	22	Nachtschicht	100,00%
Kardiologie	44	Tagschicht	75,00%
Kardiologie	44	Nachtschicht	88,33%

D – Qualitätsmanagement

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

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

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

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

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

Aus dem Blickwinkel unserer Patient:innen reflektieren wir regelhaft unsere Prozesse. Dafür nutzen wir bekannte Instrumente des Qualitätsmanagements. Wir analysieren Prozessdaten und nutzen die Erkenntnisse zur Optimierung. Viele Prozesse sind bereits digitalisiert, mit Prozessanalysen decken wir weitere Potentiale auf. Unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen sind das Fundament unserer täglichen Arbeit. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:



Audits

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

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

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

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

Risikomanagement

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

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

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

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

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

Die beschriebenen Maßnahmen sind auch in dem Film zur Patient:innensicherheit in unserem Internetauftritt zu sehen.

Zertifizierungen

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



Zertifiziertes Darmkrebszentrum der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.



Ärzttekammer Westfalen-Lippe zertifiziert als anerkanntes Brustzentrum des Landes NRW



DIOcert zertifiziert als Regionales Traumazentrum nach den Richtlinien TraumaNetzwerk DGU®



endoCert zertifiziert als Endoprothetikzentrum



Qualitätssiegel
Ausgezeichnet.FÜR KINDER



Zertifizierte Diabeteszentren der Deutschen Diabetes Gesellschaft

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

Meinungsmanagement

alle Mitarbeiter:innen Ansprechpartner:innen, um eine Rückmeldung aufzunehmen

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



zuständigen Abteilungen weitergeleitet. Wir nutzen die kritischen Rückmeldungen aktiv als Chance zur Qualitätsverbesserung.

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

Ideen- und Innovationsmanagement

Unsere Mitarbeiter:innen sind der Schlüssel zum Erfolg und Wissensträger:innen vieler innovativer Ideen. Mit dem Ideenmanagement können alle Mitarbeiter:innen ihre guten Ideen und konkreten Vorschläge unkompliziert in der sog. Ideenbörse im Intranet einreichen. Aus diesen Anregungen lassen sich oft konkrete Maßnahmen ableiten und umsetzen. Innovative Ideen werden innerhalb von Projekten zur Umsetzung geführt.

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

Befragungen

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

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

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

Projektorganisation

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

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

Etablierung eines Integrationskoordinator

Um dem Fachkräftemangel in der Pflege zu begegnen, hat das AGAPLESION ALLGEMEINE KRANKENHAUS HAGEN eine Stelle für Integrationskoordination eingerichtet.

Der Integrationskoordinator ist dabei stetiger Ansprechpartner, Organisator und Begleiter für internationale Pflegekräfte, die hier ihren ausländischen Abschluss anerkennen lassen oder erwerben möchten. Dies hat bereits zu einer Vielzahl von Bewerbungen und auch erfolgreichen Anerkennungen aus diesem Bereich geführt.

Durchführung Mitarbeiter:innenbefragung

Aktuell ist der Gesundheitssektor stark in Bewegung. Dabei hat das Tempo der hieraus resultierenden Veränderung deutlich zugenommen. Um ein aktuelles Stimmungsbild der Mitarbeiter:innen zu erhalten, hat eine von der Betriebsleitung und MAV gemeinsam beauftragte Agentur eine Mitarbeiter:innenbefragung durchgeführt. Die Ergebnisse wurden im Nachgang aufgearbeitet und erste Maßnahmen wie z.B. die Stärkung der internen Kommunikation abgeleitet. Auch wurde dies in Leitungsgremien sowie über das AGAnet vorgestellt.

Digitale Personalkampagne

Als weitere Maßnahme, dem Pflegefachkräftemangel zu begegnen, wurde von der Pflegedirektion gemeinsam mit der Unternehmenskommunikation eine Social-Media-Recruiting-Kampagne initiiert und mit Unterstützung einer externen Agentur nach etabliertem AGAPLESION-Konzept umgesetzt. Dazu gehörten in der Vorbereitung auch Fotoshootings und Videodrehs, bei denen Mitarbeiter:innen vor der Kamera agierten. Durch die Kampagne sind nach zweieinhalb Monaten der Durchführung mehr als 50 Bewerbungen (GuK, Altenpflege, MFA) eingegangen.