

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

Klinikum Lüdenscheid, Märkische Kliniken

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.5 am 06.02.2020 um 14:50 Uhr erstellt.

netfutura Deutschland GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	13
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	14
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	14
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	14
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	14
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	14
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	15
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	22
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	23
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	23
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	24
A-10 Gesamtfallzahlen	24
A-11 Personal des Krankenhauses	25
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	25
A-11.2 Pflegepersonal	25
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	28
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	29
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	31
A-12.1 Qualitätsmanagement	31
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	31
A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements	33
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	36
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	37
A-13 Besondere apparative Ausstattung	38
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	40
B-[1].1 Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie und Endokrinologie /	40
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	40
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	41
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	42
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	42
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	42
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	43
B-[1].11 Personelle Ausstattung	44
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	44
B-11.2 Pflegepersonal	44

B-[2].1 Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie	46
B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	46
B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	47
B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	47
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	47
B-[2].6 Diagnosen nach ICD	47
B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	47
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	47
B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	48
B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	48
B-[2].11 Personelle Ausstattung	49
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	49
B-11.2 Pflegepersonal	49
B-[3].1 Klinik für Pneumologie, Internistische Intensivmedizin, Infektiologie und Schlafmedizin	51
B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	51
B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	52
B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	52
B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	52
B-[3].6 Diagnosen nach ICD	52
B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	52
B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	53
B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	53
B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	54
B-[3].11 Personelle Ausstattung	55
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	55
B-11.2 Pflegepersonal	55
B-[4].1 Klinik für Kardiologie und Angiologie / Fachbereich Innere Medizin	57
B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	57
B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	58
B-[4].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	59
B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	59
B-[4].6 Diagnosen nach ICD	59
B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	59
B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	60
B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	60
B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	60
B-[4].11 Personelle Ausstattung	61
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	61
B-11.2 Pflegepersonal	61
B-[5].1 Klinik für Nephrologie und Dialyseverfahren / Fachbereich Innere Medizin	63

B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	63
B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	64
B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	64
B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	64
B-[5].6 Diagnosen nach ICD	64
B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	65
B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	65
B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	65
B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	65
B-[5].11 Personelle Ausstattung	66
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	66
B-11.2 Pflegepersonal	66
B-[6].1 Klinik für Hämatologie und Onkologie / Fachbereich Innere Medizin	68
B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	68
B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	69
B-[6].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	69
B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	69
B-[6].6 Diagnosen nach ICD	69
B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	69
B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	70
B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	71
B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	71
B-[6].11 Personelle Ausstattung	72
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	72
B-11.2 Pflegepersonal	72
B-[7].1 Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / Fachbereich Innere Medizin	74
B-[7].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	74
B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	75
B-[7].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	76
B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	76
B-[7].6 Diagnosen nach ICD	76
B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	76
B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	77
B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	78
B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	78
B-[7].11 Personelle Ausstattung	79
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	79
B-11.2 Pflegepersonal	79
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	80
B-[8].1 Klinik für Allgemein-, Visceral- und spezielle Visceralchirurgie / Fachbereich Operative Medizin I	81

B-[8].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	81
B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	82
B-[8].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	83
B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	83
B-[8].6 Diagnosen nach ICD	83
B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	83
B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	84
B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	84
B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	84
B-[8].11 Personelle Ausstattung	85
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	85
B-11.2 Pflegepersonal	85
B-[9].1 Klinik für Gefäßchirurgie / Fachbereich Operative Medizin I	87
B-[9].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	87
B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	88
B-[9].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	88
B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	88
B-[9].6 Diagnosen nach ICD	88
B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	89
B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	89
B-[9].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	90
B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	90
B-[9].11 Personelle Ausstattung	91
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	91
B-11.2 Pflegepersonal	91
B-[10].1 Klinik für Thoraxchirurgie / Fachbereich Operative Medizin I	93
B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	93
B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	94
B-[10].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	94
B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	94
B-[10].6 Diagnosen nach ICD	94
B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	94
B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	95
B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	95
B-[10].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	95
B-[10].11 Personelle Ausstattung	96
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	96
B-11.2 Pflegepersonal	96
B-[11].1 Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie / Fachbereich Operative Medizin I	98
B-[11].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	98

B-[11].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	99
B-[11].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	100
B-[11].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	100
B-[11].6 Diagnosen nach ICD	100
B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	100
B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	101
B-[11].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	101
B-[11].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	101
B-[11].11 Personelle Ausstattung	102
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	102
B-11.2 Pflegepersonal	102
B-[12].1 Augenklinik / Fachbereich Operative Medizin II	104
B-[12].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	104
B-[12].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	105
B-[12].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	107
B-[12].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	107
B-[12].6 Diagnosen nach ICD	107
B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	107
B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	107
B-[12].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	108
B-[12].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	109
B-[12].11 Personelle Ausstattung	110
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	110
B-11.2 Pflegepersonal	110
B-[13].1 Hautklinik / Fachbereich Operative Medizin II	112
B-[13].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	112
B-[13].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	113
B-[13].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	115
B-[13].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	115
B-[13].6 Diagnosen nach ICD	115
B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	116
B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	116
B-[13].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	116
B-[13].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	117
B-[13].11 Personelle Ausstattung	118
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	118
B-11.2 Pflegepersonal	118
B-[14].1 Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde / Fachbereich Operative Medizin II	120
B-[14].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	120
B-[14].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	121

B-[14].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	122
B-[14].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	122
B-[14].6 Diagnosen nach ICD	122
B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	122
B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	123
B-[14].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	123
B-[14].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	123
B-[14].11 Personelle Ausstattung	124
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	124
B-11.2 Pflegepersonal	124
B-[15].1 Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie /	126
B-[15].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	126
B-[15].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	127
B-[15].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	127
B-[15].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	127
B-[15].6 Diagnosen nach ICD	127
B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	128
B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	128
B-[15].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	128
B-[15].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	129
B-[15].11 Personelle Ausstattung	130
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	130
B-11.2 Pflegepersonal	130
B-[16].1 Klinik für Urologie / Fachbereich Operative Medizin II	132
B-[16].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	132
B-[16].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	133
B-[16].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	133
B-[16].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	133
B-[16].6 Diagnosen nach ICD	133
B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	133
B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	134
B-[16].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	134
B-[16].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	134
B-[16].11 Personelle Ausstattung	135
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	135
B-11.2 Pflegepersonal	135
B-[17].1 Frauenklinik / Fachbereich Frauen, Kinder	137
B-[17].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	137
B-[17].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	138
B-[17].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	138

B-[17].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	138
B-[17].6 Diagnosen nach ICD	138
B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	139
B-[17].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	139
B-[17].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	139
B-[17].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	139
B-[17].11 Personelle Ausstattung	140
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	140
B-11.2 Pflegepersonal	140
B-[18].1 Geburtshilfe / Fachbereich Frauen, Kinder	142
B-[18].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	142
B-[18].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	143
B-[18].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	143
B-[18].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	143
B-[18].6 Diagnosen nach ICD	143
B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	143
B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	144
B-[18].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	144
B-[18].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	144
B-[18].11 Personelle Ausstattung	145
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	145
B-11.2 Pflegepersonal	145
B-[19].1 Neonatologie / Fachbereich Frauen, Kinder	147
B-[19].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	147
B-[19].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	148
B-[19].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	148
B-[19].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	149
B-[19].6 Diagnosen nach ICD	149
B-[19].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	149
B-[19].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	149
B-[19].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	150
B-[19].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	150
B-[19].11 Personelle Ausstattung	151
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	151
B-11.2 Pflegepersonal	151
B-[20].1 Kinderklinik / Fachbereich Frauen, Kinder	153
B-[20].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	153
B-[20].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	154
B-[20].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	154
B-[20].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	154

B-[20].6 Diagnosen nach ICD	155
B-[20].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	155
B-[20].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	155
B-[20].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	156
B-[20].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	156
B-[20].11 Personelle Ausstattung	157
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	157
B-11.2 Pflegepersonal	157
B-[21].1 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	159
B-[21].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	159
B-[21].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	160
B-[21].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	160
B-[21].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	160
B-[21].6 Diagnosen nach ICD	160
B-[21].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	161
B-[21].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	161
B-[21].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	161
B-[21].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	161
B-[21].11 Personelle Ausstattung	162
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	162
B-11.2 Pflegepersonal	162
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	163
B-[22].1 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie / Fachbereich Konservative Medizin	165
B-[22].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	165
B-[22].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	166
B-[22].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	166
B-[22].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	166
B-[22].6 Diagnosen nach ICD	166
B-[22].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	166
B-[22].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	167
B-[22].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	167
B-[22].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	167
B-[22].11 Personelle Ausstattung	168
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	168
B-11.2 Pflegepersonal	168
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	169
B-[23].1 Klinik für Neurologie / Fachbereich Konservative Medizin	171
B-[23].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	171
B-[23].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	172

B-[23].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	173
B-[23].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	173
B-[23].6 Diagnosen nach ICD	173
B-[23].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	173
B-[23].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	174
B-[23].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	174
B-[23].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	174
B-[23].11 Personelle Ausstattung	175
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	175
B-11.2 Pflegepersonal	175
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	176
B-[24].1 Palliativmedizin / Fachbereich Anästhesiologie / Zentrale Dienstleister	177
B-[24].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	177
B-[24].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	178
B-[24].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	178
B-[24].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	178
B-[24].6 Diagnosen nach ICD	179
B-[24].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	179
B-[24].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	179
B-[24].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	179
B-[24].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	179
B-[24].11 Personelle Ausstattung	180
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	180
B-11.2 Pflegepersonal	180
B-[25].1 Klinik für Anästhesie, Operative Intensivmedizin, Schmerztherapie und Rettungswesen / Zentrale Dienstleister	182
B-[25].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	182
B-[25].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	183
B-[25].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	183
B-[25].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	183
B-[25].6 Diagnosen nach ICD	183
B-[25].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	183
B-[25].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	183
B-[25].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	183
B-[25].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	183
B-[25].11 Personelle Ausstattung	184
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	184
B-11.2 Pflegepersonal	184
B-[26].1 Klinik für Nuklearmedizin / Zentrale Dienstleister	186
B-[26].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	186

B-[26].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	187
B-[26].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	187
B-[26].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	187
B-[26].6 Diagnosen nach ICD	187
B-[26].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	187
B-[26].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	187
B-[26].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	188
B-[26].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	188
B-[26].11 Personelle Ausstattung	189
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	189
B-11.2 Pflegepersonal	189
B-[27].1 Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie / Fachbereich Zentrale Dienstleister	191
B-[27].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	191
B-[27].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	192
B-[27].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	192
B-[27].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	192
B-[27].6 Diagnosen nach ICD	193
B-[27].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	193
B-[27].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	193
B-[27].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	193
B-[27].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	193
B-[27].11 Personelle Ausstattung	194
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	194
B-11.2 Pflegepersonal	194
B-[28].1 Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie / Zentrale Dienstleister	196
B-[28].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	196
B-[28].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	197
B-[28].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	197
B-[28].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	197
B-[28].6 Diagnosen nach ICD	197
B-[28].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	198
B-[28].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	198
B-[28].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	198
B-[28].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	198
B-[28].11 Personelle Ausstattung	200
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	200
B-11.2 Pflegepersonal	200
B-[29].1 Zentrale Aufnahmestation	202
B-[29].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	202
B-[29].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	203

B-[29].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	203
B-[29].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	203
B-[29].6 Diagnosen nach ICD	203
B-[29].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	204
B-[29].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	204
B-[29].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	204
B-[29].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	204
B-[29].11 Personelle Ausstattung	205
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	205
B-11.2 Pflegepersonal	205
Teil C - Qualitätssicherung	207
C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	207
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	207
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]	208
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	339
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	339
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	340
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	340
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	340
C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	340
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	341
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	341

Einleitung

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Dr. Christiane Uhlig
Position	Medizincontrolling, externe Qualitätssicherung
Telefon	02351 / 462317
Fax	
E-Mail	Christiane.Uhlig@klinikum-luedenscheid.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Dr. Thorsten Kehe
Position	Vorsitzender der Geschäftsführung
Telefon.	02351 / 462005
Fax	02351 / 462006
E-Mail	Thorsten.Kehe@maerkische-kliniken.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	http://www.maerkische-kliniken.de
------------------	---

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Klinikum Lüdenscheid, Märkische Kliniken GmbH
Institutionskennzeichen	260590969
Standortnummer	00
Hausanschrift	Paulmannshöher Straße 14 58515 Lüdenscheid
Postanschrift	Paulmannshöher Straße 14 58515 Lüdenscheid
Internet	http://www.maerkische-kliniken.de

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dr. Dieter Schnalke	Ärztlicher Direktor, Klinikdirektor der Klinik für Strahlentherapie	02351 / 463121	02351 / 463642	Dieter.Schnalke@klinikum-luedenscheid.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dagmar Keggenhoff	Pflegedirektorin	02351 / 462042	02351 / 462077	PDL-Hellersen@mgh-mail.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Steffen Kusserow	Prokurist der Märkischen Kliniken GmbH	02351 / 462112	02351 / 462006	Steffen.Kusserow@maerkische-kliniken.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name	Märkische Kliniken GmbH
Art	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Rheinische Friedrich-Wilhelm-Universität Bonn

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung: Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
---	--

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP01	Akupressur	Geburtsvorbereitende Akupressur wird aktiv in unserem Klinikum angeboten.
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Beratung u. Anleitung in folgenden Bereichen: Geburtsvorbereitung u. Stillberatung, Sozialdienst, Diät- u. Ernährungsberatung, Diabetesberatung, enterale u. parenterale Ernährung, Umgang mit Demenz, psychoonkologische Beratung. Patienten-Informations-Zentrum mit "Familialer Pflege" .
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Die Atemtherapie unterstützt eine optimale Genesung des Patienten während des Krankenhausaufenthaltes, besonders bei langer Liegedauer, bei Infektionen und nach Operationen. Die Behandlung kann manuell mit Kontaktatmung o. a. durchgeführt werden.
MP06	Basale Stimulation	Die basale Stimulation ist ein Pflegekonzept zur Förderung wahrnehmungsbeeinträchtigter Menschen. Das Ziel ist die Förderung der Kommunikation durch Anregung der Wahrnehmung über die Sinne.
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Der Auftrag der Rehabilitation beinhaltet die Hilfe zur Erhaltung oder Wiedergewinnung der aktiven Teilnahme am normalen Leben. Hauptaufgabe ist es, die ambulante Frührehabilitation von Patienten sicherzustellen.
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Palliativmedizin; Krankenhausseelsorge; Gottesdienste; Übertragung der Gottesdienste; Mgl. der Verabschiedung; Taufen, Trauungen und Segnungen in Notsituationen; Trauerarbeit mit Angehörigen; Beratung bei der Erstellung von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten.
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Die Bewegungstherapie ist Aufgabenfeld auch der Pflege. Funktionsstörungen, Beweglichkeit, Koordination, Kraft und Ausdauer werden ermittelt; ein anschließendes gezieltes, individuelles Programm des Patienten trägt zum (Wieder-)Aufbau der körperlichen Leistungsfähigkeit bei.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	Schulungen für Diabetiker Typ 1, Schulungen für Diabetiker Typ 2 ohne Insulin, Diabetiker Typ 2 mit Normalinsulin und Diabetiker Typ 2 mit Mischinsulin; spezielle Ernährungsberatung bei gestörter Kohlehydrattoleranz; Ernährungsberatungen bei Fettstoffwechselstörungen und Adipositas.
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Spezielle Diät- und Ernährungsberatung für Patienten und auf Wunsch für Angehörige; umfangreiches Informations- und Schulungsmaterial.
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Frühzeitige Planung der Weiterversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt durch Pflegeexperten z. B. im Bereich Stoma- und Wundversorgung. Aufsuchende Trainings poststationär (PIZ)
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Beschäftigungstherapie für stationäre und ambulante Patienten (motorisch funktionelle Behandlungen, sensomotorisch perzeptive Behandlungen, thermische Anwendungen, Hirnleistungstraining).
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Individuelle, auf den Patienten abgestimmte stationäre Betreuung und Planung der nachstationären Weiterversorgung durch das Case Management.
MP18	Fußreflexzonenmassage	Heilverfahren, bei dem durch die Reizung von Nervenendpunkten am Fuß eine Wirkung in Form von Entspannung, Schmerzlinderung und Krankheitsheilung auf den Gesamtorganismus erzielt werden kann.
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	Schwangerenberatung: umfassende Informationen zur Schwangerschaft und Entbindung, Geburtsmöglichkeiten, Wochenbett und Stillvorbereitung; Geburtsvorbereitungskurse; Schwangerengymnastik; Säuglingspflegekurs; Besichtigung des Kreißsaals und der Klinik - siehe auch MP41.
MP21	Kinästhetik	Erleichterung der Pflegetätigkeiten durch spezielles Handling; Bewegungsempfindungen den Patienten durch gezielte Berührung bewusst machen.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Harnkontinenz- und Stuhlkontinenztherapie bei Frauen und Männern durch Beckenbodengymnastik und Elektrostimulation.
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	Darunter werden therapeutische Verfahren verstanden, in denen die schöpferische Aktivität mit unterschiedlichen Schwerpunkten in den Dienst eines therapeutisch begleitenden Heilungs-, Linderungs- oder vorsorgenden Entwicklungsprozesses in Gruppen- oder Einzeltherapie gestellt sind.
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Manuelle Lymphdrainage mit anschließender Kompressionsbandagierung zur Förderung des Abtransports der Lympflüssigkeit aus den Körpergeweben.
MP25	Massage	Klassische Massage; Bindegewebs-, Perioest-, Segment- und Funktionsmassagen; Dorn-Breuss-Therapie, Marnitz-Therapie; Zentrifugalmassage; Fußreflexzonenmassage; Babymassage.
MP26	Medizinische Fußpflege	Vermittlung durch Pflegeüberleitung (Podologische Leistung kostenpflichtiger Service).
MP27	Musiktherapie	Musiktherapie ist der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit.
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	Ausbildung der Schüler/-innen in der Gesundheits- und Krankenpflege; Betreuung und fachliche Anleitung der Physiotherapeuten/-innen, Operationstechnischen Assistenten/-innen; Betreuung der Kinder und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch Erzieher /-innen.
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Sie umfasst medizinische Behandlungsformen, in denen Wärme, Gleichstrom, Infrarot- und UV-Licht und mechanische Behandlungen zur Anwendung kommen. Sie verbessert die Anpassungsprozesse im Körper, fördert die Durchblutung und unterstützt die Schmerzbehandlung.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Infarktstufentraining nach internem Standard; Gangschule; Rückenschule; Krankengymnastik: nach Bobath, nach PNF-Konzept, am Gerät, Diabetikergymnastik, Wochenbettgymnastik, Säuglingsgymnastik, prä- und postoperative Gymnastik einschließlich krankengymnastische Betreuung in der Intensivpflege.
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	In verschiedenen Klinikbereichen und in Dialogforen mit Interessierten wird zum Thema Prävention von bestimmten Krankheiten oder sich daraus ableitende Folgen diskutiert und aufgeklärt.
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst	Psychoonkologische Beratung; Psychosoziale Beratung.
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Anleitungen zum gesundheitsbewussten Verhalten und gezielte Bewegungsübungen sollen helfen, Rückenproblemen vorzubeugen, bereits vorhandene Beschwerden zu überwinden und chronische Schmerzen zu vermeiden.
MP36	Säuglingspflegekurse	siehe Geburtsvorbereitungskurse/ Schwangerschaftsgymnastik (MP19) sowie spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen (MP41).
MP37	Schmerztherapie/-management	Stationäre Schmerztherapie.
MP38	Sehschule/Orthoptik	Die Orthoptik (Sehschule) ist ein Fachbereich der Augenheilkunde, welcher sich mit der Diagnose und Behandlungen von Kindern und Erwachsenen mit Augenfehlstellungen, Augenbewegungsstörungen sowie Sehschwächen beschäftigt. Dazu gehört z. B. das Schielen, die Sehschwäche, Augenzittern, u. a.
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	Beratung / Anleitung zur Sturzprophylaxe, Dekubitusprophylaxe, Risiko einer Mangelernährung, par- und enteralen Ernährung, Förderung der Harnkontinenz, Wund- und Stomaversorg., Diät-, Ernährungs- sowie Diabetesberatung; Berat. in der Geburtshilfe; Stillberatung - Patienteninformationszentrum

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP41	Spezielles Angebot von Entbindungspflegern/Hebammen	Familienorientierte Entbindung in den modern ausgestatteten Kreißsälen; Möglichkeit der Unterwasser-, Hockergeburt und Geburt mit Hilfe von Gebärseil; Anwendung von alternativen Behandlungsmethoden: Homöopathie, Akupunktur und Aromatherapie; Stillberatung; Betreuung im Wochenbett.
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	Teilnahme an Visiten; Dienstübergabe am Patientenbett zum Schichtwechsel.
MP43	Stillberatung	Laktationsberaterin gemäß Ausbildungsrichtlinie.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Diagnostik und Therapie von Sprachstörungen, sprechmotorischen Einschränkungen und Beeinträchtigungen des Schluckens bei Kindern und Erwachsenen. Ziel ist der sprachtherapeutischen Behandlung ist die optimale Förderung der Kommunikations- und Handlungsfähigkeit der Person.
MP45	Stomatherapie/-beratung	Beratung und spezielle Betreuung durch Stomatherapeutin im Krankenhaus und in der häuslichen Pflege.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Zusammenarbeit mit externen Partnern; Vermittlung durch die Pflegeüberleitung; Organisation von Hilfsmitteln für die Entlassung: z.B. Pflegebett, Rollator, Toilettenstuhl, Rollstuhl, Wund- und Stomaversorgung.
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	Wochenbett- und Rückbildungsgymnastik stationär/ambulant.
MP51	Wundmanagement	Umfassende Betreuung und Beratung durch Wundtherapeuten; spezielle Versorgung von akuten und chronischen Wunden wie Dekubitus, Ulcus cruris und diabetischem Fuß; Überleitung in den ambulanten Bereich; Wundnachsorge in der Wundsprechstunde.
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen.
MP53	Aromapflege/-therapie	Einsatz von ätherischen Ölen; Aromawickel, -auflagen, -waschungen, -bäder und -massagen; Atemstimulierende rhythmische Einreibungen; Geburtshilfe: wehenanregende bzw. wehenhemmende Aromatherapie.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP54	Asthmaschulung	Stärkung der gesamten Atemmuskulatur im Brust- und Rückenbereich und damit auch der Bronchial- und Lungenfunktion sowie der Sekretlockerung und Verbesserung der Sauerstoffaufnahme.
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	Unser operatives Spektrum wird ergänzt durch ein großes Angebot an spezialisierten Sprechstunden (etwa bei Schnarchproblemen, Tinnitus, Schleimhaut- oder Schluckbeschwerden) und eine leistungsfähige Funktionsdiagnostik für den Hör- und Gleichgewichtsapparat.
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, erworben nach Abschluss der Hirnreife.
MP63	Sozialdienst	Der Sozialdienst ist Teil des Case Managements. Er führt in Abhängigkeit von der Dauer des stationären Aufenthaltes Einzelfallhilfe unter Einbeziehung der Ressourcen methodischer Sozialarbeit durch. Die Betreuung findet während des Krankenhausaufenthaltes statt.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Besichtigungen der Patientenzimmer, Untersuchungsräume und des Kreißsaals an Tagen der offenen Tür; Diabetikertage; Gefäßtage; Informationsveranstaltungen auch zum Thema Ausbildungsmöglichkeiten; Vorträge; Informationsbroschüren.
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	Säuglingspflegekurs; Babymassagekurs; Stillgruppentreffen; Vermittlung von PEKiP-Kursen (Prager-Eltern-Kind-Programm); Beratung zur positiven Entwicklung verhaltensauffälliger Kinder.
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	- Umsetzung des Stroke Unit-Konzepts - Frührehabilitation - Zentrum für Multiple Sklerose - Weiterer Behandlungsschwerpunkt * Differenzialdiagnose von extrapyramidalmotorischen Bewegungsstörungen (Morbus Parkinson) * Differenzialtherapie von Patienten mit Bewegungsstörungen

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Zusammenarbeit mit allen Pflegeeinrichtungen, ambulanten Diensten und Einrichtungen mit dem Angebot der Kurzzeitpflege regional und überregional; Unterstützung bei der Kontaktaufnahme durch die Pflegeüberleitung.
MP69	Eigenblutspende	Geeignete Patienten haben die Möglichkeit, falls bei geplanten Operationen mit einem größeren Blutverlust gerechnet wird, in gewissem Umfang vorab ihre eigenen Blutkonserven zu spenden. Dies erfolgt bei dem kooperierenden Blutspendedienst.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			
NM02	Ein-Bett-Zimmer			Vorhanden - Komfortstation / periphere Station
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			Vorhanden - Komfortstation
NM05	Mutter-Kind-Zimmer			
NM07	Rooming-in			Ja
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)			Ja
NM10	Zwei-Bett-Zimmer			
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			Teilweise
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	2,80 EUR pro Tag (max)		Möglich
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	6,00 EUR pro Tag (max)		Teilweise möglich
NM17	Rundfunkempfang am Bett	0,00 EUR pro Tag (max)		Erwerb von Kopfhörern für 2,50 € möglich
NM18	Telefon am Bett	0,50 EUR pro Tag (max) ins deutsche Festnetz 0,13 EUR pro Minute ins deutsche Festnetz 0,00 EUR bei eingehenden Anrufen		Möglich
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer			Vorhanden
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	1,00 EUR pro Stunde (max) 9,00 EUR pro Tag		Vorhanden - klinknah
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen			Vorhanden
NM42	Seelsorge			Wird regelmäßig angeboten
NM48	Geldautomat			Vorhanden - im Eingangsbereich
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			Werden regelmäßig gegeben z. B. im Rahmen von Veranstaltungen oder Broschüren
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen			Sichergestellt
NM63	Schule im Krankenhaus			Ja - Michael Ende Schule (Schule für Kranke)

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	z.B. vegetarische Küche; Ernährung ohne bestimmte Lebensmittel		z.B. muslimische Ernährung
NM67	Andachtsraum			Vorhanden

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung	
BF05	Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	Patientenbegleitservice
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Patientenbegleitservice
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische	
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter	
BF25	Dolmetscherdienst	Beim Empfang liegt eine Liste mit Mitarbeitern, die Fremdsprachenkenntnisse haben
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	es gibt eine Dolmetscherliste, die regelmäßig aktualisiert wird

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	
FL09	Doktorandenbetreuung	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	Neben der Fachschulischen Ausbildung auch Studienangebot in Kooperation mit der Hochschule für Gesundheit Bochum: Grundständiges, primärqualifizierendes Pflegestudium (BSc).
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)	

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	908
-------------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	36038
Teilstationäre Fallzahl	329
Ambulante Fallzahl	80137

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	265,12	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	263,78	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,34	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	265,12	Die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus den Ambulanzen

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	143,00	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	143,00	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	143,00	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
-----------------	---

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl Vollkräfte	4,92	Diese Ärzten arbeiten im Bereich ILD und Pathologie
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,92	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	4,92	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	2,54
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,54
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,54

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	484,71
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	484,71

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	44,24
Stationäre Versorgung	440,47

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	48,41	das Pflegepersonal arbeitet als PDL, Springer, Experte u. ä.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	48,41	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	12,97	
Stationäre Versorgung	35,44	

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	39,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	39,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	2
Stationäre Versorgung	37,81

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	1,74	das Pflegepersonal arbeitet im PIZ und als Springer
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,74	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	1,74	

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	3,4
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,4
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,4

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	12,53
----------------------------	-------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,53
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	12,53

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,25

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Entbindungspfleger und Hebammen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	12,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	12,0

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	10,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	10,25

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	91,86
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	91,86
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	67,2
Stationäre Versorgung	24,66

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	7,66	Die MFA arbeiten z.B. als Springer, in der Pathologie und im medizinischen Archiv
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,66	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	7,66	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

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

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	10,65
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,65
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	10,65

Klinische Neuropsychologen

Anzahl Vollkräfte	0,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,5

Kinder Jugendpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	2,85
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,85

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,85

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	9,53
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,53
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	9,53

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	29,46
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	29,46
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	29,46

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Diätassistent und Diätassistentin (SP04)
Anzahl Vollkräfte	1,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,5
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin (SP14)
Anzahl Vollkräfte	1,10
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,10
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,10
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Orthoptist und Orthoptistin/ Augentoptiker und Augentoptikerin (SP19)
Anzahl Vollkräfte	0,23
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,23
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0

Stationäre Versorgung	0,23
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)
Anzahl Vollkräfte	10,31
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,31
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	10,31
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin (SP23)
Anzahl Vollkräfte	0,27
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,27
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,27
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Entspannungspädagoge und Entspannungspädagogin/ Entspannungstherapeut und Entspannungstherapeutin/Entspannungstrainer und Entspannungstrainerin (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrer und Heileurhythmielehrerin/Feldenkraislehrer und Feldenkraislehrerin (SP36)
Anzahl Vollkräfte	0,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,5
Kommentar/ Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Gisela Risse
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement und Organisation
Telefon	02351 462052
Fax	02351 462753
E-Mail	Gisela.Risse@maerkische-kliniken.de

A-12.1.2 Lenkungs-gremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Geschäftsführung, Ärztlicher Direktor, Pflegedirektor, Servicemanager, Abteilungsleiter Technik, Wirtschaftsdienste, Stabsstelle QMO
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	--

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Prozessbeschreibung "Klinisches Fehler- und Risikomanagement": MK-QM-PB- Klinisches Risikomanagement_Rev.1_120611 Risikomatrix für definierte Bereiche, Vorlagen für Fallanalysen; CIRS-Software zur Erfassung und Bearbeitung von Beinahezwischenfällen 2012-06-11
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Diverse normative Dokumente liegen vor: z.B. MK_KL_MB_Reanimation auf Normalstation_110418_Rev1.pdf, SOP zu den Abläufen in der Zentralen Notaufnahme KL_ZNA_SOP_Meldekette ext. chirurg.-neurolog.-internist.-Notfälle_150611_Rev2 2015-06-11

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM05	Schmerzmanagement	Diverse normative Dokumente liegen vor: z.B. MK_KL_Proz_Onkologische Schmerztherapie_150304_Rev1.pdf KL_StrTher_Proz_Schmerztherapie Strahlentherapie_150212_Rev1.pdf KL_Kikli_MB_Postoperative Schmerztherapie in der Kinderklinik_131108_Rev1.pdf Postoperative Schmerzmedizin_120817_Rev2 2015-03-04
RM06	Sturzprophylaxe	Diverse normative Dokumente liegen vor: z.B. MK_KL_ST_Sturzprotokoll_121122_Rev2.pdf 2012-11-22
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Nachfolgende SOP mit diversen Anhängen und Standards: MK_KL_SOP_Dekubitus_100127_Rev2.pdf KL_PD_ST_Dekubitusprophylaxe_090629_Rev1 .pdf 2010-01-27
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Diverse normative Dokumente liegen vor: z.B. MK_MK_ST_Anwendung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen_130917_Rev1.pdf 2013-09-17
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Dienstanweisung und weitere Regelungen liegen vor: GH_GH_DA_MPG_090422 MK-QM-F Umgang mit Medizingeräten und Messmitteln _111116 2011-11-16
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Tumorkonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Pathologiebesprechungen <input checked="" type="checkbox"/> Qualitätszirkel <input checked="" type="checkbox"/> Andere multimodale klinikinterne Fallbesprechungen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwartetem Blutverlust	Über Sicherheitschecklisten wie z.B. KL_Chir_F_Sicherheits Checkliste_100317_Rev5.doc oder Indikationslisten für Transfusionen 2016-11-07 2016-11-07
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Spezielle Dokumente der Fachabteilungen wie z.B. KL_Augen_Präoperative Checkliste_Rev2_160330, Checkliste OP- Dokumentation_Rev1_180524; Checkliste_HT- Dokumentation_Rev1_180226 2019-06-26

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	MK_KL_ST_Postoperativer Patiententransport_090707_Rev1.pdf MK_KL_GO_Interdisziplinäre Versorgung operativer Kinder_080916_Rev2.pdf 2009-07-07
RM18	Entlassungsmanagement	Regelungen zum Entlassmanagement sind im Handbuch Casemanagement festgelegt: Handbuch_CM_Peer_08.pdf oder MK_PD_ST_Entlassmanagement_130528_Rev1 2013-05-28

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	vgl. nachfolgende Punkte

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2012-06-11
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	jährlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	bei Bedarf

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Tagungsfrequenz	bei Bedarf

Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

Nummer	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem
EF06	CIRS NRW (Ärztikammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaustygeniker und Krankenhaustygenikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	6

Hygienefachkräfte (HFK)	5
Hygienebeauftragte in der Pflege	66
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. Dieter Schnalke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor, Klinikdirektor
Telefon	
Fax	
E-Mail	

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Kein Einsatz von zentralen Venenverweilkathetern?	<input checked="" type="checkbox"/> nein
Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Beachtung der Einwirkzeit	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor? ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel) ja

Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)) ja

Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden ja

Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage ja

Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert? ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen 18 ml/Patiententag

Ist eine Intensivstation vorhanden? Ja

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben? Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen 105 ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen? ja

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

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

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

Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen? ja

Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen? ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<input checked="" type="checkbox"/> CDAD-KISS <input checked="" type="checkbox"/> HAND-KISS <input checked="" type="checkbox"/> ITS-KISS <input checked="" type="checkbox"/> MRSA-KISS <input checked="" type="checkbox"/> OP-KISS <input checked="" type="checkbox"/> STATIONS-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE Net Märkischer Kreis	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Silber	
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Bewerdeauswertung)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Bewerdeauswertung Prozessbeschreibung in Überarbeitung; - Seit Mitte 2017 BM-Software eingeführt, MK_Jahresauswertung für 2017
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Eine Beschwerdemeldung kann auch anonym erfolgen. In diesem Fall ist allerdings die Antwortmöglichkeit bzw. die Rückmeldung an den Beschwerdeführer nicht möglich.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	in der Prozessbeschreibung
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<ul style="list-style-type: none"> https://www.maerkische-kliniken.de/klinikum-luedenscheid/patienten-besucher/anregungen-kritik/zentrales-beschwerdemanagement/online-formular.html
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<ul style="list-style-type: none"> -Kontinuierliche Befragung stationärer Patienten -ausgewählte Befragung ambulanter Patienten
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Corinna Schleifenbaum	Leitung Unternehmenskommunikation	02351 462517		Corinna.Schleifenbaum@maerkische-kliniken.de
Andrea Kleff	Beschwerdemanagement, Unternehmenskommunikation	02351 462527		andrea.kleff@maerkische-kliniken.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. Helmut Pullmann	Patientenfürsprecher	02351 462263		patientenfuesprecher@klinikum-luedenscheid.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe oder ein zentrales Gremium, die oder das sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	ja – Arzneimittelkommission
---	-----------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für die Arzneimitteltherapiesicherheit	eigenständige Position für Arzneimitteltherapiesicherheit
Name	Dr. Peter Hülsmeier
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Direktor der Apotheke
Telefon	02351 462581
Fax	
E-Mail	Peter.Huelsmeyer@klinikum-luedenscheid.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	5
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	10
Kommentar/ Erläuterung	

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 / Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe –Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Prozessbeschreibung "Klinisches Fehler- und Risikomanagement": MK-QM-PB- Klinisches Risikomanagement_Rev.1_120611 Risikomatrix für definierte Bereiche, Vorlagen für Fallanalysen; CIRS-Software zur Erfassung und Bearbeitung von Beinahezwischenfällen 2012-06-11
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Prozessbeschreibung "Klinisches Fehler- und Risikomanagement": MK-QM-PB- Klinisches Risikomanagement_Rev.1_120611 Risikomatrix für definierte Bereiche, Vorlagen für Fallanalysen; CIRS-Software zur Erfassung und Bearbeitung von Beinahezwischenfällen 2012-06-11
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe, ifap klinikCenter, Gelbe Liste, Fachinfo-Service)	
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung <input checked="" type="checkbox"/> Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/ DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja	

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	Nein	08:00-16:00 Uhr
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	
AA23	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse	Ja	
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	Ja	
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	Ja	
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	Nein	08:00-16:00 Uhr
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	Ja	
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja	
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	Ja	
AA68	offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph		Nein	

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie und Endokrinologie /

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie und Endokrinologie /
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. Joachim Teichmann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463331
Fax	
E-Mail	innere@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	• Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 • Adipositas (Fettsucht) • alle Erkrankungen des Hormonsystems (Endokriniums) u. a. der Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebennieren, Hypophyse (Hirnanhangdrüse), des Knochens, Hormonstörungen der Frau und des Mannes, Fettstoffwechselstörungen
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse und der Leber (Hepatitis, Leberzirrhose und andere Lebererkrankungen)
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	Gelenk- und Autoimmunerkrankungen mit Gelenkbeteiligung
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Allgemein-internistischer und geriatrischer Schwerpunkt

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	1590
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
E86	120	Volumenmangel
E11	74	Diabetes mellitus, Typ 2
N39	69	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
I50	67	Herzinsuffizienz
K92	62	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems
A09	58	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
D50	52	Eisenmangelanämie
E87	47	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts
J18	43	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
K80	37	Cholelithiasis

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-632	821	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
9-984	731	Pflegebedürftigkeit
1-650	305	Diagnostische Koloskopie
1-440	300	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
9-401	271	Psychosoziale Interventionen
8-800	208	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
9-200	204	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
3-200	143	Native Computertomographie des Schädels
3-225	143	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
5-513	142	Endoskopische Operationen an den Gallengängen

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			Konsildienst Osteoporosezentrum
AM07	Privatambulanz	Endokrinologische Spezialambulanz und Hormonsprechstunde Hepatitisprechstunde Endoskopie- und Darmzentrum	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Palliativmedizin (VI38) ◦ Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33) ◦ Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VII8) ◦ Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation (VI21) ◦ Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09) 	

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-650	539	Diagnostische Koloskopie
5-452	155	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
1-444	61	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
5-513	22	Endoskopische Operationen an den Gallengängen
1-642	19	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein

Nein

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	6	Die Ärzte arbeiten sehr eng mit den Ärzten der Klinik für allg. Innere zusammen
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	6	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	265,00000	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	4	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	4	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	397,50000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF09	Geriatric	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	13,78	Die Gesundheits- und Krankenpfleger arbeiten sehr eng mit dem Pflegepersonal der Klinik für Gastroenterologie zusammen.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,78	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	13,78	
Fälle je VK/Person	115,38461	

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	1590,00000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	2,52	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,52	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	2,52	Die Mitarbeiter arbeiten in der Endoskopie und Ambulanz der Fachabteilung.
Stationäre Versorgung	0	
Fälle je VK/Person	0,00000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	
ZP07	Geriatric	
ZP08	Kinästhetik	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

B-[2].1 Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie
Fachabteilungsschlüssel	0700
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. Joachim Teichmann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463331
Fax	
E-Mail	innere@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	380
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
D12	55	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus
A09	15	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
K22	12	Sonstige Krankheiten des Ösophagus
K85	12	Akute Pankreatitis
D64	11	Sonstige Anämien
K29	11	Gastritis und Duodenitis
K51	11	Colitis ulcerosa
K52	11	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis
K80	10	Cholelithiasis
K92	10	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-632	241	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
1-650	165	Diagnostische Koloskopie
1-440	101	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
5-452	96	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
9-984	75	Pflegebedürftigkeit
8-800	54	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
3-225	53	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
5-469	42	Andere Operationen am Darm
1-444	38	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
9-401	37	Psychosoziale Interventionen

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. §			

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
	31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			
AM07	Privatambulanz			Endoskopie- und Darmzentrum

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein

Nein

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	2,82	Die Ärzte arbeiten sehr eng mit den Ärzten der Klinik für allg. Innere zusammen
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,82	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	2,82	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	134,75177	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0,77	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,77	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0,77	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	493,50649	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF09	Geriatric	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	6,78	Das Pflegepersonal arbeitet sehr eng mit dem Pflegepersonal der Klinik für allg. Innere zusammen.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,78	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	6,78	
Fälle je VK/Person	56,04719	

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0,28
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,28
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,28
Fälle je VK/Person	1357,14285

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	2,71	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,71	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	2,71	Die Mitarbeiter arbeiten in der Endoskopie und Ambulanz der Fachabteilung.
Stationäre Versorgung	0	
Fälle je VK/Person	0,00000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP08	Kinästhetik	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

B-[3].1 Klinik für Pneumologie, Internistische Intensivmedizin, Infektiologie und Schlafmedizin

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Pneumologie, Internistische Intensivmedizin, Infektiologie und Schlafmedizin
Fachabteilungsschlüssel	0800
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Priv. Doz. Dr. Karl-Josef Franke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463361
Fax	
E-Mail	pneumologie@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI00	Thoraxzentrum Südwestfalen	Das Thoraxzentrum Südwestfalen ist seit mehreren Jahren anerkannt und gemäß der DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Schwerpunkte: Tumoren der Lunge, der Pleura und des Mediastinums
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	Schwerpunkte: Behandlung von kritisch kranken Patienten der nichtoperativen Fachgebiete
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
VI35	Endoskopie	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	3278
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
G47	627	Schlafstörungen
C34	619	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
J44	409	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
J18	405	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
I50	106	Herzinsuffizienz
I26	87	Lungenembolie
J15	48	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
J69	44	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen
J84	43	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten
D38	42	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-790	1635	Kardiorespiratorische Polysomnographie

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-710	1208	Ganzkörperplethysmographie
1-620	975	Diagnostische Tracheobronchoskopie
9-984	845	Pflegebedürftigkeit
8-717	760	Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen
3-222	626	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
1-711	516	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
8-522	452	Hochvoltstrahlentherapie
1-715	442	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt
1-430	418	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)		<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18) ◦ Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation (VI21) 	
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V		<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33) ◦ Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation (VI21) ◦ Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen (VI18) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15) ◦ Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen (VI09) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lungenhochdruck • Alpha1-Antitrypsinmangels • Bronchoalveolären Lavage • Pleurapunktion / Einlage einer Pleuradrainage • Betreuung von Patienten mit Atmungsinsuffizienz und häuslicher Beatmungstherapie

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-650	\< 4	Diagnostische Koloskopie
3-613	\< 4	Phlebographie der Gefäße einer Extremität

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
3-614	\< 4	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches
8-836	\< 4	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein

Nein

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	23,58	Die Ärzte versorgen sowohl die Patienten auf der Normalstation als auch die Patienten mit internistischen Krankheitsbildern, die auf der interdisziplinären Intensivstation liegen.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	23,58	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	23,58	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	139,01611	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	13,43	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,43	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	13,43	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	244,08041	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ01	Anästhesiologie	
AQ23	Innere Medizin	
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF03	Allergologie	
ZF14	Infektiologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	
ZF28	Notfallmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	25,86	Die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen versorgen nur die Patienten auf der Normalstation, nicht diejenigen, die auf der interdisziplinären Intensivstation liegen.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	25,86	

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	25,86
Fälle je VK/Person	126,75947

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,5
Fälle je VK/Person	6556,00000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	5,09	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,09	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	5,09	Die Mitarbeiter arbeiten im Schlaflabor und in der Ambulanz der Fachabteilung.
Stationäre Versorgung	0	
Fälle je VK/Person	0,00000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	
ZP08	Kinästhetik	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

B-[4].1 Klinik für Kardiologie und Angiologie / Fachbereich Innere Medizin

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Kardiologie und Angiologie / Fachbereich Innere Medizin
Fachabteilungsschlüssel	0300
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. Bernd Lemke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 4665551
Fax	02351 / 463275
E-Mail	kardiologie@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

Name	Prof. Dr. Markus Zarse
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 4665551
Fax	02351 / 463275
E-Mail	kardiologie@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI00	Weitere Angebote der Klinik für Kardiologie und Angiologie	Sicherung von Gefäßveränderungen durch intravaskulären Ultraschall (IVUS) und von Durchblutungsstörungen durch intravaskuläre Druck-Fluss-Messung (FFR); Implantation von beschichteten Stents zur Vermeidung von Wiedereinengungen
VI00	Weitere Angebote der Klinik für Kardiologie und Angiologie	Ultraschalluntersuchungen; Transoesophagiale Echokardiographie; Stress-Echokardiographie; Haemodynam. Untersuchungen; Belastungsuntersuchungen; Langzeit-Blutdruck Messungen; Schrittmacher- und Defibrillatorkontrollen; kardiale Resynchronisationstherapie (CRT)
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Durchblutungsstörungen des Herzens; Katheterbehandlung des akuten Myokardinfarktes (24-Stunden / 7-Tage-Bereitschaft / MK / angrenzende Region); Implantation von automatischen Kardioverter-Defibrillatoren (ICD) nach überlebtem plötzlichem Herztod und bei gefährdeten Patienten;
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	Echokardiografische Untersuchungen; Hämodynamische Untersuchungen (Einschwemmkatheter); Spiroergometrische Untersuchungen
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Herzmuskel- u. -klappenerkrankungen; Herzrhythmusstörungen; Radiofrequenzablation u. a. Thermoablationsverfahren; Katheterbehandlg; Implantation v. Schrittmachern/Defibrillatoren; Elektrische Kardioversion bei Vorhofflimmern; Verschluss v. Vorhofscheidewanddefekten; Verschluss d. li. Vorhofes; TAVI;
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Notfallbehandlung von akuter Pumpschwäche und Ballondilatation; Wiedereröffnung verschlossener Gefäße und Implantation von Gefäßstützen (Stents); Aufdehnung von Einengungen der Halsschlagader (A. carotis); Aufdehnung von Gefäßeinengungen der Becken-Bein-Arterien
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	Gefäßerkrankungen (Becken-Bein-Venen)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Plötzlicher Bewusstseinsverlust (Synkopen); Kreislaufversagen; Abklärung unklarer Bewusstseinsverluste (elektrophysiologische Untersuchung; Kippstischuntersuchung, Langzeit-EKG, Implantation von Ereignis-Rekordern)
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	Bluthochdruck
VI27	Spezialsprechstunde	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	4183
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[4].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I48	786	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
I21	570	Akuter Myokardinfarkt
I50	491	Herzinsuffizienz
I20	459	Angina pectoris
I25	316	Chronische ischämische Herzkrankheit
I11	220	Hypertensive Herzkrankheit
I47	178	Paroxysmale Tachykardie
I35	174	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten
I49	161	Sonstige kardiale Arrhythmien
R07	89	Hals- und Brustschmerzen

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-83b	3254	Zusatzinformationen zu Materialien
1-275	2527	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
8-837	1953	Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
8-930	1813	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
8-835	968	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen
3-052	955	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
9-401	789	Psychosoziale Interventionen
8-640	621	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
9-984	528	Pflegebedürftigkeit
1-265	521	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, kathetergestützt

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	• Schrittmacher- und Defibrillatorambulanz • Rhythmusambulanz • Herzinsuffizienzambulanz		• Schrittmacher- und Defibrillatorkontrollen • Langzeit-EKG (bis 7 Tage), Eventrekorder • echokardiografische Untersuchungen, Einschwemmkatheter, Spiroergometrie, Langzeitblutdruckmessung
AM07	Privatambulanz			Diagnostik und Therapie • von ischämischen Herzkrankheiten • von pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes • von sonstigen Formen der Herzkrankheit • von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren • Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
AM08	Notfallambulanz (24h)			Diagnostik und Therapie • von ischämischen Herzkrankheiten • der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes • von sonstigen Formen der Herzkrankheit • von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren • der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-275	83	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
5-377	8	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders
5-378	7	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators
3-614	\< 4	Phlebographie der Gefäße einer Extremität mit Darstellung des Abflussbereiches

B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein
 Nein

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	19,85	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,85	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	19,85	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	210,73047	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	12,73	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,73	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	12,73	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	328,59387	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	37,28	10 Bettplätze der Fachabteilung haben eine Monitorüberwachung
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	37,28	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	37,28	
Fälle je VK/Person	112,20493	

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	2,78
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,78

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,78
Fälle je VK/Person	1504,67625

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,75
Fälle je VK/Person	5577,33333

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2
Fälle je VK/Person	2091,50000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	10,20	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,20	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	10,20	Die Mitarbeiter arbeiten in den Hezkatheterlaboren und Ambulanzen der Kardiologie
Stationäre Versorgung	0	
Fälle je VK/Person	0,00000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

B-[5].1 Klinik für Nephrologie und Dialyseverfahren / Fachbereich Innere Medizin

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Nephrologie und Dialyseverfahren / Fachbereich Innere Medizin
Fachabteilungsschlüssel	0400
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. Jan Galle
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463491
Fax	
E-Mail	nephrologie@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VU00	Lipidapherese	
VU00	Märkische Dialyse GmbH	Die Märkischen Dialysen sind seit mehreren Jahren erfolgreich gemäß der DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.
VU00	Pemphigus vulgaris (Dermatologie)	
VU00	Plasmapherese bei Multipler Sklerose	
VU00	Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> • Bauchfelldialyse • Blutreinigungsverfahren bei rheumatologischen Erkrankungen • Betreuung von nierentransplantierten Patienten
VU00	Systemischer Lupus erythematodes	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	Mit Unterstützung der Urologen.
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	593
Teilstationäre Fallzahl	60

B-[5].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
N17	90	Akutes Nierenversagen
I50	68	Herzinsuffizienz
N18	59	Chronische Nierenerkrankung
I10	53	Essentielle (primäre) Hypertonie
I11	27	Hypertensive Herzkrankheit
E86	25	Volumenmangel
T82	25	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen
J18	20	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
N02	14	Rezidivierende und persistierende Hämaturie
N04	14	Nephrotisches Syndrom

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-854	1298	Hämodialyse
8-855	905	Hämodiafiltration
9-984	173	Pflegebedürftigkeit
9-401	94	Psychosoziale Interventionen
8-831	85	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
1-465	79	Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
5-399	77	Andere Operationen an Blutgefäßen
1-632	61	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
8-98f	60	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-800	52	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			Ambulante Ermächtigung für die Zuweisung von KV-Patienten über den Nephrologen und Hausarzt, Ambulante Ermächtigung für die Behandlung von Patienten mit GFR, Vorbereitung und Nachsorge zur Nierentransplantation
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein

Nein

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	3,70	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,70	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	3,70	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	160,27027	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	2,95	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,95	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	2,95	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	201,01694	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	13,01	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,01	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	8,01	Die Mitarbeiter arbeiten in der Ambulanz und in der Zentrumsdialyse.
Stationäre Versorgung	5,0	
Fälle je VK/Person	118,60000	

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	1	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	

Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	1	
Fälle je VK/Person	593,00000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	
ZP08	Kinästhetik	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

B-[6].1 Klinik für Hämatologie und Onkologie / Fachbereich Innere Medizin

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Hämatologie und Onkologie / Fachbereich Innere Medizin
Fachabteilungsschlüssel	0500
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. Gerhard Heil
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463541
Fax	
E-Mail	onkologie@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik und Behandlung von - gut- und bösartigen Erkrankungen des Blut bildenden und lymphatischen Systems - des Gerinnungssystems - Blut- und Lymphknotenerkrankungen einschließlich Hochdosistherapien ohne Stammzellersatz • Nachbetreuung von Patienten nach Stammzelltransplantation
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Palliativmedizinische Betreuung • Diagnostik und Behandlung Tumoren • Vorsorgeuntersuchungen • Nachsorgeuntersuchungen • Verabreichung von Zytostatika • Transfusion • Diagnostische Punktionen • Mikroskopische Begutachtung
VI37	Onkologische Tagesklinik	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	2295
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[6].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
C18	276	Bösartige Neubildung des Kolons
C83	195	Nicht folliculäres Lymphom
C50	155	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
C20	151	Bösartige Neubildung des Rektums
C25	115	Bösartige Neubildung des Pankreas
C90	108	Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
C56	94	Bösartige Neubildung des Ovars
C16	87	Bösartige Neubildung des Magens
E85	74	Amyloidose
C22	65	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-522	910	Hochvoltstrahlentherapie
8-542	873	Nicht komplexe Chemotherapie
9-984	688	Pflegebedürftigkeit

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-543	624	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
8-547	543	Andere Immuntherapie
8-800	510	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
6-001	446	Applikation von Medikamenten, Liste 1
3-225	378	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3-222	356	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
1-632	237	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			Ambulante Sonderleistung Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Immunsystems
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			Ambulante Sonderleistung Diagnostik und Therapie von Blutgerinnungsstörungen
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			Ambulante Sonderleistung Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von bösartigen Erkrankungen
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			Ambulante Sonderleistung Ambulante Diagnostik und Therapie von gut- und bösartigen Erkrankungen des blutbildenden Systems, des Lymphsystems und soliden Tumoren
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			Ambulante Sonderleistung Nachsorgeuntersuchungen

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
	31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			von Patienten mit bösartigen Erkrankungen im Rahmen strukturierter Nachsorgeprogrammen der Deutschen Krebsgesellschaft bzw. der organspezifischen Fachgesellschaften
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			Ambulante Sonderleistung Behandlung von Erwachsenen nach autologer und allogener Blutstammzelltransplantation
AM07	Privatambulanz			

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-650	40	Diagnostische Koloskopie
5-452	7	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
5-429	\< 4	Andere Operationen am Ösophagus
1-440	\< 4	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
1-444	\< 4	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
1-661	\< 4	Diagnostische Urethrozystoskopie
5-399	\< 4	Andere Operationen an Blutgefäßen

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

 Nein

 Nein

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	8,79	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,79	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	8,79	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	261,09215	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	4,9	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,9	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	4,9	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	468,36734	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	18,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	18,1
Fälle je VK/Person	126,79558

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0,57
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,57
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0

Stationäre Versorgung	0,57
Fälle je VK/Person	4026,31578

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	2,26
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,26
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,26
Fälle je VK/Person	1015,48672
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
PQ07	Pflege in der Onkologie	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP20	Palliative Care	

B-[7].1 Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / Fachbereich Innere Medizin

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie / Fachbereich Innere Medizin
Fachabteilungsschlüssel	3100
Art der Abteilung	Hauptabteilung
Weitere Fachabteilungsschlüssel	◦ Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) (3160)

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr Gerhard Hildenbrand
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 462731
Fax	
E-Mail	psychosomatik@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Intensivpsychotherapeutische multimodale Behandlung von Pat. mit depressiven Störungen und körperlichen Begleitkrankheiten mittels verbaler und nonverbaler erlebnisorientierter psychotherapeutischer Techniken in Einzel- und Gruppentherapie.
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	Störungsspezifische Behandlung von Angststörungen, phobischen Störungen, Zwangsstörungen, posttraumatischen Belastungs- und Anpassungsstörungen, dissoziativen Störungen sowie somatoformen autonomen Funktionsstörungen unterschiedlicher Organsysteme.
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Störungsspezifische multimodale Behandlung von Essstörungen (Magersucht, Bulimie, Adipositas) sowie chronisch körperlichen Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung, Asthma bronchiale, Neurodermitis, Krebserkrankungen etc. mit psychischer Komorbidität.
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Behandlung von Pat. mit dysfunktionalen Mustern des Denkens, Fühlens, Wahrnehmens und der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, die zu körperlichen und seelischen Störungen führen und die bei der Bewältigung von Belastungen und körperlichen Erkrankungen hinderlich sind.
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Spezialisierte Behandlung für ältere Menschen mit psychosomatischen Störungen im Zusammenhang mit dem Erleben von Verlusten, Begrenzungen und Problemen der Selbstwertregulierung
VP12	Spezialsprechstunde	Spezialsprechstunden für Patienten mit - psychogenen Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimie, Binge eating-Störung) - anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen - Traumafolgeerkrankungen - Stressfolgeerkrankungen (Burn out, Depressionen etc.) Psychosomatische Erkrankungen in der Arbeitswelt

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung gem. OPS-Prozedur 9-634 und 9-642
VP14	Psychoonkologie	psychosomat. Mitbehandlung im Brustzentrum und Darmzentrum; Konsile in Onkologie und Dermatologie
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	Teilstat. multimodale Intensivpsychotherapie gemäß OPS-Prozedur 9-634 (Mo-Fr 8:00-16:00 Uhr)

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	119
Teilstationäre Fallzahl	58

B-[7].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F32	31	Depressive Episode
F33	26	Rezidivierende depressive Störung
F41	19	Andere Angststörungen
F60	16	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F45	10	Somatoforme Störungen
F50	7	Essstörungen
F43	< 4	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F61	< 4	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F44	< 4	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F62	< 4	Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-649	6968	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
9-634	239	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-607	62	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
1-440	10	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
1-632	9	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
1-650	5	Diagnostische Koloskopie
9-645	5	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
3-800	< 4	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
1-790	< 4	Kardiorespiratorische Polysomnographie

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-642	< 4	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V			<ul style="list-style-type: none"> • Psychosomatische Beratung / Behandlung bei Hauterkrankungen, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, Herz-Kreislauf-, Nierenerkrankungen, Krebsleiden etc. • Vermittlungshilfe in RehaMaßnahmen und externe Fachkliniken • Psychoonkolog. Beratung + Behandlung bei Brust-, Lungen- und Darmkrebs
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V			<ul style="list-style-type: none"> • Spezialambulanz für Patienten mit Störungen der Krankheitsbewältigung bei schweren körperlichen Erkrankungen
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V			<ul style="list-style-type: none"> • Spezialambulanz für Patienten mit psychogenen Essstörungen • mit anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen • in der 2. Lebenshälfte mit psychosomatischen Störungen • Stressfolgeerkrankungen (Burnout, Depression) • Traumafolgeerkrankungen
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V			<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante psychodynamische Diagnostik einschl. operationalisierter psychodynam. Diagnostik OPD 2 • Krisenintervention • Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (Psychotherapie + Sozialberatung + Entspannungstherapie + Psychopharmakotherapie)

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeboteene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
				+ Beratung von Angehörigen)
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V			• Entspannungstherapie (AT, PMR) • Psychodynamische Kurzzeittherapie als Einzeltherapie oder Gruppentherapie (bis max. 25 Sitzungen) • Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzeltherapie (50-100 Sitzungen) oder als Gruppentherapie (40-80 Sitzungen)
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			Analytische Psychotherapie als Langzeitbehandlung – Einzel- und von Gruppen
AM07	Privatambulanz			OPD-Diagnostik, psychodynamische Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Psychoanalyse durch den Klinikdirektor
AM08	Notfallambulanz (24h)			

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
 stationäre BG-Zulassung

Nein

Nein

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	6,04	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,04	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	6,04	Die Stationsärzte versorgen i.d.R. auch die Ambulanz mit
Fälle je VK/Person	19,70198	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	4,31	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,31	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	4,31	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	27,61020	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ01	Anästhesiologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF35	Psychoanalyse	
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	11,02
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,02
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	11,02
Fälle je VK/Person	10,79854

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,34
-------------------	------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,34	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0,34	
Fälle je VK/Person	350,00000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	1,78	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,78	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	1,78	
Fälle je VK/Person	66,85393	

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	1,81	1,0 VK = Kunst- u. Gestaltungstherapeuten; 0,81 VK Musiktherapeuten
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,81	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	1,81	
Fälle je VK/Person	65,74585	

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	1,0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	1,0	
Fälle je VK/Person	119,00000	

B-[8].1 Klinik für Allgemein- , Visceral- und spezielle Visceralchirurgie / Fachbereich Operative Medizin I

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Allgemein- , Visceral- und spezielle Visceralchirurgie / Fachbereich Operative Medizin I
Fachabteilungsschlüssel	1500
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. Christopher Kelm
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463061
Fax	02351 / 463068
E-Mail	chirurgie@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC00	Allgemeine und spezielle Hernienchirurgie	
VC00	Kinderchirurgie	Kinderchirurgie, insbesondere Leistenhernie, Nabelhernie, Pylorusspasmus und Invagination
VC00	Märkisches Darmzentrum / Pankreaszentrum Westfalen Süd	Das Darmzentrum ist seit 2010 erfolgreich gemäß der DIN EN ISO 9001:2008, das Pankreaszentrum Westfalen Süd seit 2014 zertifiziert (EQ-ZERT).
VC14	Speiseröhrenchirurgie	Refluxoesophagitis, Tumorchirurgie, Divertikel der Speiseröhre
VC21	Endokrine Chirurgie	Diagnostik und Therapie endokriner Erkrankungen von der Schilddrüse, Nebenschilddrüse bis hin zur Nebenniere, Behandlung der Fettsucht (Adipositas)
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	Gutartige und bösartige Erkrankungen des Magen-Darmtraktes, Operationen beim Pylorospasmus, Invaginationen, Spezielle Therapie der Enddarkerkrankungen, proktologische Erkrankungen, u. a. differenzierte Therapie des Hämorrhoidalleidens, der Analfisteln und Analfissuren
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	Behandlung gut- und bösartiger Erkrankungen der Gallenblase, Leber und Bauchspeicheldrüse, Behandlung der akuten und chronischen Bauchspeicheldrüsenentzündungen
VC24	Tumorchirurgie	Behandlung und Diagnostik onkologischer Erkrankungen der Leber und Bauchspeicheldrüse, des Magendarmtraktes von der Speiseröhre bis hin zum Enddarm, von der Gallenblase, von dem Bauchfell, spezielle Therapie von Lebermetastasen / -tumoren
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Endoskopische Therapie gutartiger und bösartiger Erkrankungen im Bauchraum, SILS, minimalinvasive endoskopische Therapie der Schild- und Nebenschilddrüse, minimalinvasive Fundoplicatio, Gastric Banding, minimalinvasive Nebennieren-, Milz-, Dickdarm- und Enddarmentfernung
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	Koloskopien, Polypektomien, endoskopische Mukosektomie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC58	Spezialsprechstunde	<ul style="list-style-type: none"> • Proktologische Sprechstd.: Schließmuskeldruckmessung, Endosono. des Mastdarmes, Endoskop. US. des Dickdarmes einschl. Polypentfern. • Adipositasprechstd. • Stomasprechstd. • Privatsprechstd. • Sprechstd. des Märkischen Darmzentrums • Sprechstd. des Pankreaszentrums Westfalen Süd
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	Intensivmedizin im Rahmen des Spektrums der allgemeinen und visceralen Chirurgie

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	1906
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[8].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
K80	212	Cholelithiasis
K40	158	Hernia inguinalis
K56	130	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie
K35	123	Akute Appendizitis
K57	86	Divertikulose des Darmes
C18	80	Bösartige Neubildung des Kolons
R10	78	Bauch- und Beckenschmerzen
K43	65	Hernia ventralis
K64	61	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
C20	56	Bösartige Neubildung des Rektums

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-831	427	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
3-225	411	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
5-98c	396	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme
5-469	353	Andere Operationen am Darm
5-511	268	Cholezystektomie
5-932	260	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung
9-984	258	Pflegebedürftigkeit
9-401	256	Psychosoziale Interventionen
1-650	247	Diagnostische Koloskopie
1-651	237	Diagnostische Sigmoidoskopie

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			* Adipositasprechstunde * Märkisches Darmzentrum-Sprechstunde * Pankreas-Zentrum Westf. Süd Sprechstunde * Proktologische Sprechstunde * Stomasprechstunde

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-650	365	Diagnostische Koloskopie
5-530	62	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-897	43	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis
5-399	42	Andere Operationen an Blutgefäßen
5-852	41	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie
5-482	29	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums
5-452	18	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
5-534	18	Verschluss einer Hernia umbilicalis
5-492	15	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals
1-444	14	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
stationäre BG-Zulassung	<input checked="" type="checkbox"/> Nein

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	11,47	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,47	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	11,47	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	166,17262	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	4,58	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,58	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	4,58	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	416,15720	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ12	Thoraxchirurgie	
AQ13	Viszeralchirurgie	sowohl Schwerpunkt "allgemeine Visceralchirurgie" als auch "spezielle Vizeralchirurgie"
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF28	Notfallmedizin	
ZF34	Proktologie	
ZF44	Sportmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	16,51
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,51
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	16,51
Fälle je VK/Person	115,44518

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	1906,00000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	1,31
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,31
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,31
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
PQ07	Pflege in der Onkologie	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

B-[9].1 Klinik für Gefäßchirurgie / Fachbereich Operative Medizin I

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Gefäßchirurgie / Fachbereich Operative Medizin I
Fachabteilungsschlüssel	1800
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. Spiridon Botsios
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor (Schwerpunkt Gefäßchirurgie)
Telefon	02351 / 463091
Fax	
E-Mail	gefaesschirurgie@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC00	Sonstige	Indirekte chirurgische Verfahren zur Durchblutungsförderung (thorakale Sympathektomie), Rippenentfernung bei Engpasssyndrom des Schultergürtels
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	Offene und endovaskuläre Behandlung von Aortenaneurysmen
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	Katheterverfahren und Bypassverfahren zu Oberschenkel-, Unterschenkel- und Fußarterien (crurale und pedale Bypasschirurgie) zur Durchblutungsverbesserung
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	Infusionsbehandlung, Krankengymnastik, Gehtraining, Gehschulung
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	Krampfaderchirurgie, operative Therapie bei venöser Thrombose
VC20	Nierenchirurgie	Durchblutungsförderung der Nierenarterien durch Aufdehnung oder Bypassverfahren
VC21	Endokrine Chirurgie	Strombahneröffnung von Schlagaderengen und Verschlüssen durch Katheter-Verfahren Gefäßchirurgie bei Diabetikern mit Fußproblemen, operative Therapie des diabetischen Fußsyndroms
VC59	Mediastinoskopie	Probengewinnung von auffälligen Lymphknoten und Strukturen des Mittelfells
VC61	Dialyseshuntchirurgie	Anlage von Dialyseshunts sowie von Bauchfelldialysekathetern
VC62	Portimplantation	Implantation von venösen Kathetersystemen (Ports, Broviac) zur Durchführung von Chemotherapien

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	669
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[9].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I70	330	Atherosklerose
I80	62	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I65	41	Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt
I74	35	Arterielle Embolie und Thrombose
E11	30	Diabetes mellitus, Typ 2
I71	29	Aortenaneurysma und -dissektion
N18	23	Chronische Nierenkrankheit
I83	19	Varizen der unteren Extremitäten
I72	18	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion
T82	12	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-836	302	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
3-607	274	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
8-83b	253	Zusatzinformationen zu Materialien
5-381	200	Endarteriektomie
5-896	197	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-930	169	Art des Transplantates
8-854	150	Hämodialyse
9-984	128	Pflegebedürftigkeit
8-855	125	Hämodiafiltration
5-380	121	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			
AM07	Privatambulanz	Gefäßsprechstunde		Diagnostik und Therapie von arteriellen und venösen Gefäßerkrankungen
AM08	Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notfallambulanz	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Konventionelle Röntgenaufnahmen (VR01) ◦ Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) (VR07) ◦ Native Sonographie (VR02) ◦ Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel 	Diagnostik und Therapie von arteriellen und venösen Durchblutungsstörungen

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
			(VR11) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Computertomographie (CT), nativ (VR10) ◦ Computertomographie (CT), Spezialverfahren (VR12) ◦ Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren (VR09) ◦ Fluoroskopie/ Durchleuchtung als selbständige Leistung (VR08) 	
AM08	Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notfallambulanz		Diagnostik und Therapie von akuten Erkrankungen der Lunge und des Rippenfells

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-399	65	Andere Operationen an Blutgefäßen
5-385	53	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein
 Nein

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	6,99	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,99	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	6,99	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	95,70815	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	5,0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	5,0	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	133,80000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ07	Gefäßchirurgie	
AQ08	Herzchirurgie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	7,87
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,87
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	7,87
Fälle je VK/Person	85,00635

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0,93
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,93

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,93
Fälle je VK/Person	719,35483

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	2,7
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,7
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,7
Stationäre Versorgung	1,0
Fälle je VK/Person	669,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	

B-[10].1 Klinik für Thoraxchirurgie / Fachbereich Operative Medizin I

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Thoraxchirurgie / Fachbereich Operative Medizin I
Fachabteilungsschlüssel	1800
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. Ulrich Laskowski
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 46391
Fax	02351 / 46364
E-Mail	thoraxchirurgie@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC00	Thoraxzentrum Südwestfalen	Das Thoraxzentrum ist seit einigen Jahren erfolgreich gemäß der DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.
VC11	Lungenchirurgie	Offene und minimalinvasive Lungenchirurgie, Lungen(-teil)entfernung bei gut- und bösartigen Erkrankungen der Lungen und der Bronchien
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	Anlage von Brustkorbdrainagen, operative Stabilisierung von Rippenbrüchen
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	Minimalinvasive Lungenchirurgie bei gut- und bösartigen Lungenerkrankungen

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	129
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[10].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
C34	50	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
C78	20	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
J90	9	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert
D14	7	Gutartige Neubildung des Mittelohres und des Atmungssystems
D38	7	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
J86	6	Pyothorax
C45	\< 4	Mesotheliom
J93	\< 4	Pneumothorax
J94	\< 4	Sonstige Krankheitszustände der Pleura
R91	\< 4	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-344	109	Pleurektomie
8-930	55	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
5-322	48	Atypische Lungenresektion
8-144	48	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
8-98f	47	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-910	45	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
5-333	39	Adhäsioolyse an Lunge und Brustwand
8-831	36	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
5-324	32	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge
8-931	22	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz	Thoraxchirurgische Sprechstunde		Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Lunge, des Mediastinums und des Rippenfells
AM08	Notfallambulanz (24h)	Zentrale Notfallambulanz		Diagnostik und Therapie von akuten Erkrankungen der Lunge und des Rippenfells

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein

Nein

B-[10].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	2,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,0
Fälle je VK/Person	64,50000

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	2,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,0
Fälle je VK/Person	64,50000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ12	Thoraxchirurgie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	5
Fälle je VK/Person	25,80000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	129,00000

 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal 38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP18	Dekubitusmanagement	

B-[11].1 Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie / Fachbereich Operative Medizin I

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie / Fachbereich Operative Medizin I
Fachabteilungsschlüssel	1600
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. Michael Klein
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463021
Fax	02351 / 463067
E-Mail	orthopaedie@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC58	Spezialsprechstunde	Privatsprechstunde, Endoprothetik, Hüft- und Kniegelenk, Sprunggelenk und Fuß, Schulter/Ellenbogen, Wirbelsäule, Gelenkerhaltende Chirurgie, Sportverletzungen, Arbeitsunfälle (BG-Sprechstunde)
VC63	Amputationschirurgie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC66	Arthroskopische Operationen	Arthroskopie Knie, Schulter, oberes Sprunggelenk
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	2437
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[11].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
S06	321	Intrakranielle Verletzung
S72	261	Fraktur des Femurs
S52	224	Fraktur des Unterarmes
S82	182	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
S42	156	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
M54	125	Rückenschmerzen
S32	107	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S22	104	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
M51	61	Sonstige Bandscheibenschäden
S83	40	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes

B-[11].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
3-200	613	Native Computertomographie des Schädels
9-984	484	Pflegebedürftigkeit
3-203	381	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-802	330	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
5-794	328	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5-850	318	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie
5-790	282	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
3-205	247	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
9-401	239	Psychosoziale Interventionen

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-793	226	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens

B-[11].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			Ambulante Sonderleistung: Implantatentfernung, Arthroskopische Operationen
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM09	D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-787	199	Entfernung von Osteosynthesematerial
5-812	41	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
5-811	27	Arthroskopische Operation an der Synovialis
5-790	26	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
1-697	18	Diagnostische Arthroskopie
8-201	16	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation ohne Osteosynthese
5-795	7	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen
5-814	6	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
5-840	6	Operationen an Sehnen der Hand
5-859	6	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

 Ja

 Ja

B-[11].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	11,66	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,66	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	11,66	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	209,00514	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	5,57	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,57	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	5,57	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	437,52244	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	
AQ59	Transfusionsmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	19,82
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,82
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	19,82
Fälle je VK/Person	122,95660

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	2437,00000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	3,22
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,22
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	2,22
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	2437,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	
ZP07	Geriatric	
ZP08	Kinästhetik	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

B-[12].1 Augenklinik / Fachbereich Operative Medizin II

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Augenklinik / Fachbereich Operative Medizin II
Fachabteilungsschlüssel	2700
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. Susanne Kaskel-Paul
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektorin
Telefon	02351 / 463031
Fax	02351 / 463038
E-Mail	augenklinik@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VA00	Kinder in der Augenklinik	Strabologie (Schielen), Amblyopiebehandlung, Diagnostik von hereditären Netzhauterkrankungen, angeborenes Glaukom, Tränenwegstenosen, Uveitis, Chirurgie der Katarakt, Fehlbildungsdiagnostik, Lid- und Augenverletzungen
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	Lid- und Tränenwegschirurgie einschließlich Blepharoplastik, Ptosischirurgie, Lidfehlstellungen, Goldimplantate, Tumor- und rekonstruktive Lidchirurgie, Tränenwegschirurgie bei Erwachsenen und Kindern, Chirurgie der vorderen Orbita
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva	Operation des Pterygiums, Operation von Bindehauttumoren, Therapie von Verbrennungen und Verätzungen Diagnostik und Therapie des Trockenen Auges
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	Hornhautchirurgie einschließlich der Keratoplastik, Tripleprocedere, Pterygium-OP, Amniondeckung, Diagnostik und Therapie bei Regenbogenhautentzündungen und Erkrankungen der Lederhaut. Hornhauttopografie. Optische Pachymetrie. Eigenserumtherapie in Kooperation mit der DRK-Blutbank Hagen
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse	Komplette Kataraktchirurgie einschließlich Phakoemulsifikation mit HKL-Implantation, Implantation von Sonderlinsen (asphärisch, torisch, multifokal und Kombinationen), Sekundärimplantation iris- und skleranahtfixiert, Kataraktchirurgie bei Kindern, Aniridieimplantate.
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut	Komplette vitreoretinale Chirurgie einschließlich nahtfreier 23-g-Vitrektomie und eindellender Verfahren, Laser- und Kryokoagulation der Netzhaut, intravitrealer Injektionen und Implantate, Traumatologie des hinteren Augenabschnittes. Elektrophysiologie. Spektral-OCT. HRT. OCT-Angiografie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms	Diagnostikverfahren einschließlich Gonioskopie, HRT, Pachymetrie, Gesichtsfeld-US mit statischen u. kinetischen Verfahren, Nd:YAG-Laser-Iridotomie, chirurg. Iridotomie, Lasertrabekuloplastik, Bhdg. v. Sekundärglaukomen; Trabekulotomie nach Harms bei angeb. Glaukom. Goniotripanation. Kanaloplastik.
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels	Fluoreszenzangiografie, Fundusfotodokumentation, Fundusautofluoreszenz, Spektral-OCT, HRT und moderner Elektrophysiologie einschließlich multifokalem ERG, Ganzfeld-ERG, VEP, EOG, Nyktometer, Diagnostik von Farbsinnstörungen einschließlich Anomaloskop.
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn	Ambulante und stationäre Diagnostik bei Tumoren und degenerativen Veränderungen des Auges und der Augenhöhle. Diagnostik und Therapie bei Sehnerventzündungen (Neuritis nervi optici), Diagnostik von Sehnervenverletzungen, Sehnerventumoren, Veränderungen an der Papille.
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern	Sehschule unter Leitung unserer Orthoptistin; Refraktion bei Kindern; Amblyopietherapie; Schieloperationen einschl. Operationen der geraden und schrägen Augenmuskeln und Muskeltransposition bei Abduzensparalyse.
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit	Anpassung vergrößernder Sehhilfen. Gutachtenwesen
VA15	Plastische Chirurgie	Plastische Chirurgie Plastische Chirurgie der Lider einschließlich Blepharoplastik, Lidfehlstellungen, Tumorchirurgie mit plastischer Deckung mit Verschiebe- und Schwenklappenplastiken, Hughesplastik
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	Operative und konservative Augenheilkunde einschl. der kompl. Verletzungs-CH von Lidern, Augapfel und Tränenwegen. Konservative Bhdg. umfassen die Therapie von Verbrennungen und Verätzungen des Auges, Infusionstherapie und Diagn. bei ven. Verschlüssen; Optikusneuritis, Regenbogenhautentzdg.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VA17	Spezialsprechstunde	Ambulante Diagnostik und Therapie: Ambulante Behandlung auf Überweisung des niedergelassenen Augenarztes, Behandlung ohne Überweisung möglich bei BG- Patienten, Privatversicherten und Notfallpatienten, Ambulante Operationen nach Katalog als 115b- Leistungen.

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	1631
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[12].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
H40	438	Glaukom
H25	278	Cataracta senilis
H33	191	Netzhautablösung und Netzhautriss
H35	124	Sonstige Affektionen der Netzhaut
H34	108	Netzhautgefäßverschluss
H47	43	Sonstige Affektionen des N. opticus [II. Hirnnerv] und der Sehbahn
H16	34	Keratitis
S05	34	Verletzung des Auges und der Orbita
H46	29	Neuritis nervi optici
T26	28	Verbrennung oder Verätzung, begrenzt auf das Auge und seine Anhangsgebilde

B-[12].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-139	469	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare
5-984	413	Mikrochirurgische Technik
5-158	381	Pars-plana-Vitrektomie
5-144	367	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]
5-159	319	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum
1-220	300	Messung des Augeninnendruckes
5-156	226	Andere Operationen an der Retina
5-154	195	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut
9-984	154	Pflegebedürftigkeit
3-800	153	Native Magnetresonanztomographie des Schädels

B-[12].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur			Ambulante Sprechstunde

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
	ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			nach telefonischer Vereinbarung, Vorbesprechung aller ambulanten Operationen, intravitreale Injektionen, Behandlung erfolgt auf Überweisung des behandelnden Augenarztes (Teilermächtigung Dr. Kaskel-Paul, Frau Bastron, Herr Papazoglou)
AM07	Privatambulanz			Ambulante Sprechstunde nach telef. Vereinbarung, Operationen: Operation des Grauen Stars, Lidchirurgie, Laserchirurgie bei Netzhauterkrankungen sowie Nd YAG Laser-Kapsulotomien und -Iridotomien (Laserbehandlung bei Nachstar oder Glaukomanfall), intravitreale Injektionen.
AM08	Notfallambulanz (24h)			Augenärztlicher Notfalldienst täglich zwischen 18 und 8 Uhr. Bitte melden Sie sich in der Notaufnahme an, unser diensthabender Arzt wird informiert. Zwischen 8 und 18 Uhr ist der erste Ansprechpartner der behandelnde Augenarzt (außer bei Verletzungen und anderen schwerwiegenden Notfällen).
AM09	D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz			Behandlung bei Arbeitsunfällen im augenärztlichen Bereich (keine Überweisung erforderlich)

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-144	525	Extrakapsuläre Extradaktion der Linse [ECCE]
5-139	521	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare
5-091	241	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides
5-155	161	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea
5-093	38	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-097	22	Blepharoplastik
5-112	22	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva
5-129	21	Andere Operationen an der Kornea
5-095	6	Naht des Augenlides
5-137	6	Andere Operationen an der Iris

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

 Ja

 Ja

B-[12].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	9,85	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,85	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	9,85	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	165,58375	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	4,26	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,26	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	4,26	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	382,86384	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ04	Augenheilkunde	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	7,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	7,5
Fälle je VK/Person	217,46666

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	1,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0

Stationäre Versorgung	1,25
Fälle je VK/Person	1304,80000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	3,69
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,69
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	3,69
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	

B-[13].1 Hautklinik / Fachbereich Operative Medizin II

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Hautklinik / Fachbereich Operative Medizin II
Fachabteilungsschlüssel	3400
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. Dorothee Dill
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektorin
Telefon	02351 / 463142

Fax	
E-Mail	hautklinik@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	Wir bieten moderne Verfahren zur Diagnostik allergisch bedingter Haut- und Schleimhauterkrankungen an. So werden ganz verschiedene Formen der Allergie abgeklärt. Therapeutisch steht neben der eingehenden Beratung zur Allergenkarrenz die spezifische Hyposensibilisierung zur Verfügung.
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen	Die Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen ermöglicht eine umfangreiche Diagnostik bei Autoimmunerkrankungen. Es steht ein breites Angebot an Untersuchungsmethoden durch alle am Klinikum Lüdenscheid vorhandenen Fachrichtungen zur Verfügung.
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	Alle Formen von Hautkrebs sowie kutane Lymphome werden mit modernen Methoden diagnostiziert und behandelt. Neben Auflichtmikroskopie können mittels hochauflösendem Ultraschall Tumoreindringtiefen bestimmt werden.
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	Die Hautklinik des Klinikums Lüdenscheid verfügt über ein eigenes mykologisches Labor. Die weitere Erregerdiagnostik erfolgt im gut ausgestatteten Labor des Klinikums. Therapeutisch können alle modernen und zugelassenen Medikamente zum Einsatz kommen.
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen	Alle modernen Verfahren zur Diagnose werden eingesetzt, um bullöse Autoimmunerkrankungen zuverlässig festzustellen und einzuordnen. Die Behandlungsmöglichkeiten umfassen neben den gängigen medikamentösen Therapien auch die Behandlung durch Plasmapherese und mit Immunglobulinen.
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten	Zu einem Schwerpunkt der Hautklinik gehört die Therapie der Schuppenflechte mit kombinierten Behandlungsverfahren. Die medikamentöse Behandlung umfasst alle etablierten und zugelassenen modernen Arzneistoffe u. a. auch Biologics.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen	Umfassende Stufendiagnostik und individuell adaptierte Therapie der Urticaria. Die medikamentöse Behandlung umfasst alle etablierten und zugelassenen modernen Arzneistoffe u. a. auch Antikörper-Therapie
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	Enge Kooperation mit der Klinik für Strahlentherapie und dem MRV zur Betreuung von akuten und chronischen Strahlenwirkungen an der Haut.
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	Diagnostisches Spezialangebot für angeborene und erworbene Erkrankungen des Nagelorgans, insbesondere chirurgische Therapie von Tumoren am Nagelorgan
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	Alle modernen Diagnoseverfahren (Histologie, Gefäßdiagnostik, Auflichtmikroskopie und allergologische Diagnostik) kommen zum Einsatz, um seltene Krankheitsbilder der Haut zu klären. Enge Kooperation mit den Universitätskliniken und Speziallaboren in Nordrhein-Westfalen.
VD11	Spezialsprechstunde	Allergologie, Lasertherapie, Ultraschalldiag., Behandlung von Gefäßfehl- u. -neubildungen. Ästhetische Dermatologie: Korrektur v. Narben, Verletzungsfolgen u. v. physiol. Alterung d. Haut. Behandlung v. Nebenwirkungen u. Komplikationen durch Filler-, Laser- u. andere kosmetische Verfahren.
VD12	Dermatochirurgie	Eingriffe in TLA; Behandlung von Säuglingen u Kleinkindern im Spezial-OP unter Vollnarkose; Angebot des gesamten Spektrums der Dermatochirurgie mit Schwerpunkt Tumorchirurgie, plastische Rekonstruktion von tumorbedingten Hautdefekten, Fehlbildungen, Narbenkorrekturen, Gefäßfehl- und Neubildungen;
VD15	Dermatohistologie	Eigenes dermatohistologisches Untersuchungslabor für Einsendungen von niedergelassenen Hautfachärzten, Schnellschnittdiagnostik, immunhistochemische Zusatzfärbungen und molekularpathologische Untersuchungen in Kooperation mit einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis für Pathologie.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VD16	Dermatologische Lichttherapie	Selektive Phototherapie für UVA-, UVB-, Ganzkörper- und/oder Teilbestrahlungen, Bade-PUVA-Therapie, Creme-PUVA-Teilbehandlung, Photosolebehandlung.
VD17	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen	Diagnostische Abklärung von akuten und chronischen Ekzemerkrankungen, toxischen Hautschädigungen. Diagnostik und Therapie von beruflich bedingten Handekzemen, enge Kooperation mit den Berufsgenossenschaften im Rahmen des Hautarztverfahrens
VD19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)	Enge Kooperation mit der Klinik für Gynäkologie und Urologie, moderne Labordiagnostik für alle STI.
VD20	Wundheilungsstörungen	Behandlung von Patienten mit akuten und chron. Wunden in Kooperation mit allen Spezialdisziplinen am Haus. Interdisziplinäres Wundzentrum und Kooperation mit spezialisierten Pflegekräften am Haus. Kooperation mit den amb. Pflegediensten zur Abstimmung der Nachbehandlung nach stat. Aufenthalt.

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	1924
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[13].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
C44	612	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C43	150	Bösartiges Melanom der Haut
A46	138	Erysipel [Wundrose]
L40	94	Psoriasis
L30	91	Sonstige Dermatitis
I83	86	Varizen der unteren Extremitäten
B86	65	Skabies
D04	59	Carcinoma in situ der Haut
L20	57	Atopisches [endogenes] Ekzem
Z01	50	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose

B-[13].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-895	1114	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-903	849	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut
5-894	326	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-916	278	Temporäre Weichteildeckung
9-984	263	Pflegebedürftigkeit
8-560	255	Lichttherapie
8-971	229	Multimodale dermatologische Komplexbehandlung
9-401	202	Psychosoziale Interventionen
5-896	185	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
8-191	139	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen

B-[13].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			Zusätzlich zum diagnostischen und therapeutischen Spektrum der Dermatologie, welches in unserer Ambulanz inklusive des dortigen Eingriffsraumes (für Laserbehandlungen, Kryotherapie, kleine Operationen) angeboten wird, steht uns für größere ambulante Eingriffe das OP-Zentrum zur Verfügung.
AM07	Privatambulanz			Das gesamte Spektrum der modernen dermatologischen Diagnostik und wissenschaftlich fundierter Therapien incl. Beratung und Durchführung medizinisch geeigneter ästhetischer Behandlungen
AM08	Notfallambulanz (24h)			

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-903	37	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut
5-250	< 4	Inzision, Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Zunge
5-849	< 4	Andere Operationen an der Hand

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

 Nein Nein

B-[13].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	8,40	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,40	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	8,40	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	229,04761	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	3,09	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,09	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	3,09	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	622,65372	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF03	Allergologie	
ZF06	Dermatohistologie	
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	13,91
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,91
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	13,91
Fälle je VK/Person	138,31775

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0,75
-------------------	------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,75
Fälle je VK/Person	2565,33333

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	3,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,74
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	3,74
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	
ZP14	Schmerzmanagement	

B-[14].1 Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde / Fachbereich Operative Medizin II

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde / Fachbereich Operative Medizin II
Fachabteilungsschlüssel	2600
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. Benedikt Knof
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463281
Fax	02351 / 463273
E-Mail	hno@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VH00	Endoskopische Tubendilatation	Erweiterung der Ohrtrompete bei Tubenbelüftungsstörungen
VH00	Sonstige	Botox-Behandlung (ästhetisch und Collagen- und Hylaformbehandlung medizinisch), ambulante Lasertherapie, Radiofrequenztherapie, Photodynamische Diagnostik, Photodynamische Therapie
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	Routine-Operationen der HNO stationär und ambulant
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres	
VH04	Mittelohrchirurgie	Gehörverbessernde Operationen, Implantierbare Hörgeräte
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	Bei abstehenden Ohren
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie	
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	Endoskopie der oberen Atemwege
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	einschließlich Navigationschirurgie und Schädelbasischirurgie
VH11	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln	
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege	Dakryozystorhinostomie
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	Plastische Nasenchirurgie, Plastisch-ästhetische und Plastisch-rekonstruktive Chirurgie des Gesichts
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	Funktionserhaltende, funktionsverbessernde Tumorchirurgie Photodynamische Therapie
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	einschließlich Neuromonitoring des N. VII
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes	Funktionserhaltende Kehlkopfchirurgie, Stimmverbessernde Operationen, Behandlung der Altersstimme
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	Tumorchirurgie des Kopf-Halsbereiches einschließlich rekonstruktiver Maßnahmen, Photodynamische Tumorbehandlung
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	Schädelbasischirurgie
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	Ernährungsberatung für Tumorpatienten, psychosomatische Sprechstunde, Schleimhautsprechstunde
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	Unfallchirurgie und plastische Rekonstruktion des Gesicht- und Halsbereiches, Rekonstruktive Chirurgie bei Nervenlähmung im Kopf-Halsbereich

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren	
VH23	Spezialsprechstunde	Für Ohren, Nasen und Tumornachsorge
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
VH25	Schnarchoperationen	
VH26	Laserchirurgie	Co2-Laser, Diodenlaser
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	Schlafendoskopie und Schlafapnoescreening
VZ00	Ästhetische Nasenchirurgie	
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie	
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VZ10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich	
VZ14	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	1626
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[14].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
J35	189	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel
J34	121	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen
J32	83	Chronische Sinusitis
J38	78	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes, anderenorts nicht klassifiziert
R04	77	Blutung aus den Atemwegen
C32	73	Bösartige Neubildung des Larynx
H81	73	Störungen der Vestibularfunktion
J37	71	Chronische Laryngitis und Laryngotracheitis
H66	54	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media
J36	50	Peritonsillarabszess

B-[14].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-611	912	Diagnostische Pharyngoskopie
1-610	404	Diagnostische Laryngoskopie
1-630	404	Diagnostische Ösophagoskopie
8-506	276	Wechsel und Entfernung einer Tamponade bei Blutungen
5-215	239	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]
5-281	170	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)
5-214	169	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums
1-549	167	Biopsie am Larynx durch Inzision
5-200	132	Parazentese [Myringotomie]
5-185	119	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges

B-[14].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			
AM07	Privatambulanz			Laserangebote: Muschelkausik mit Diodenlaser, Epistaxis-Therapie mit bipolarer Koagulation oder Diodenlaser, Biopsien endonasal, der Mundhöhle, Zunge, Parazentese, Paukenröhrcheneinlage, Trommelfellaufrichtung, kleine Haut- Operationen in Gesicht und Hals, Adenotomie, Conchotomie
AM08	Notfallambulanz (24h)			

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-200	40	Parazentese [Myringotomie]
5-285	32	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)
5-216	29	Reposition einer Nasenfraktur
5-852	8	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie
5-219	\< 4	Andere Operationen an der Nase
5-221	\< 4	Operationen an der Kieferhöhle
5-259	\< 4	Andere Operationen an der Zunge
5-273	\< 4	Inzision, Exzision und Destruktion in der Mundhöhle
5-280	\< 4	Transorale Inzision und Drainage eines pharyngealen oder parapharyngealen Abszesses

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

 Nein

 Nein

B-[14].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	8,90	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,90	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	8,90	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	182,69662	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	3,23	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,23	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	3,23	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	503,40557	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Einschließlich der Weiterbildungsermächtigung
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF33	Plastische Operationen	Einschließlich der Weiterbildungsermächtigung

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	8,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	8,5
Fälle je VK/Person	191,29411

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	1,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,0

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,0
Fälle je VK/Person	1626,00000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	4,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,42
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	3,42
Stationäre Versorgung	1,0
Fälle je VK/Person	1626,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	
ZP08	Kinästhetik	

B-[15].1 Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie /

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie /
Fachabteilungsschlüssel	1900
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	PD Dr. Stephane Stahl
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463129
Fax	
E-Mail	plastische-chirurgie@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC00	Sonstiges	- Chirurgie der chron. Wunde - Lipödem-, Lymphödemchirurgie - Defektversorgung mittels gefäßgestielten u. freien Lappenplastiken - Expandertechniken - Distraktionsbehandlung - Dermisersatztechniken -freie mikrovaskuläre Lappenplastiken - Chirurgie der Weichteil- und Extremitätentumore
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	Ultraschallassistiertes Wunddebridement; plastische Rekonstruktion
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	Dekompression, Nerventransplantate
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	- Plastisch-rekonstruktive Chirurgie der gesamten Körperoberfläche - Plastische, rekonstruktive Mammachirurgie
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	- Ästhetisch-kosmetische Chirurgie mit Körperverformungen, - operative und konservative Faltenbehandlung - Botoxinjektionen, Eigenfettinjektion, Fadenlifting - Narbenkorrektur und Laserchirurgie
VC69	Verbrennungschirurgie	- bis 20 % der Körperoberfläche bei Erwachsenen und Kindern
VO16	Handchirurgie	- gesamtes Spektrum der operativen und konservativen Handchirurgie inkl. septische Chirurgie und Endoprothetik der Hand sowie Handgelenksspiegelungen - Bandverletzungen, - Metall- und Fremdkörperentfernungen - Behandlung von CRPS (Algodystrophie)

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	365
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[15].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
L89	29	Dekubitalgeschwür und Druckzone

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
G56	27	Mononeuropathien der oberen Extremität
M72	22	Fibromatosen
S66	22	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Handgelenkes und der Hand
M18	21	Rhizarthrose [Arthrose des Daumensattelgelenkes]
T81	18	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert
S62	17	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand
T14	14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion
I70	11	Atherosklerose
M65	11	Synovitis und Tenosynovitis

B-[15].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-896	244	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-916	142	Temporäre Weichteildeckung
5-911	65	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut
8-190	65	Spezielle Verbandstechniken
9-984	50	Pflegebedürftigkeit
5-900	45	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
5-909	42	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut
5-902	41	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle
8-854	40	Hämodialyse
5-056	38	Neurolyse und Dekompression eines Nerven

B-[15].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	PLC Ambulanz		Ambulanz für Plastische Chirurgie, Handchirurgie, plastische Gesichtschirurgie, Spezialsprechstunde: Wundsprechstunde, Lip-Lymphödem
AM07	Privatambulanz			Vorhanden
AM08	Notfallambulanz (24h)	PLC Ambulanz und Notaufnahme		auf handchirurgischem Gebiet besteht die Zulassung zum Schwerstverletzungsarten verfahren (SAV)
AM09	D-Arzt-/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz	PLC Ambulanz		BG-Sprechstunde

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-056	92	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
5-841	77	Operationen an Bändern der Hand

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-849	54	Andere Operationen an der Hand
5-787	53	Entfernung von Osteosynthesematerial
5-790	40	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
5-840	30	Operationen an Sehnen der Hand
5-795	22	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen
1-697	12	Diagnostische Arthroskopie
5-903	11	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut
5-842	10	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Ja

Ja

B-[15].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	5,26	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,26	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	5,26	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	69,39163	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	4,26	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,26	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	4,26	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	85,68075	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF12	Handchirurgie	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	6,69
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,69
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	6,69
Fälle je VK/Person	54,55904

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,5	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0,5	
Stationäre Versorgung	0	
Fälle je VK/Person	0,00000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	

B-[16].1 Klinik für Urologie / Fachbereich Operative Medizin II

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Urologie / Fachbereich Operative Medizin II
Fachabteilungsschlüssel	2200
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. Stefan Hautmann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463681
Fax	02351 / 463682
E-Mail	urologie@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

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

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	inkl. Laser
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	inkl. Laser
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	inkl. Laser
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	inkl. Laser
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	inkl. Laser
VU08	Kinderurologie	
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	
VU13	Tumorchirurgie	Schwerpunkt der Abteilung Urologie
VU14	Spezialsprechstunde	Inkontinenz, Kinder, Frauen

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	1683
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[16].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
N20	370	Nieren- und Ureterstein
C67	216	Bösartige Neubildung der Harnblase
N30	107	Zystitis
N40	106	Prostatahyperplasie
N39	90	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
N13	82	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie
C61	75	Bösartige Neubildung der Prostata
R31	59	Nicht näher bezeichnete Hämaturie
N45	52	Orchitis und Epididymitis
R10	43	Bauch- und Beckenschmerzen

B-[16].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-132	620	Manipulationen an der Harnblase
8-137	424	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
5-573	318	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
9-984	235	Pflegebedürftigkeit
5-562	184	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
5-601	135	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
3-225	121	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3-13d	103	Urographie
3-207	92	Native Computertomographie des Abdomens
9-401	82	Psychosoziale Interventionen

B-[16].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			Urodynamik, ESWL, Ambulantes operieren, Steinmetaphylaxe, transrektaler Ultraschall, Blaseninstillation auf Überweisung durch einen Urologen oder Kinderarzt
AM07	Privatambulanz			Nach Terminvereinbarung
AM08	Notfallambulanz (24h)			In der zentralen Notaufnahme ZNA

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-640	326	Operationen am Präputium
8-137	213	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschleife [Ureterkatheter]
1-460	110	Transurethrale Biopsie an Harnorganen und Prostata
5-572	79	Zystostomie
5-624	68	Orchidopexie
1-661	58	Diagnostische Urethrozystoskopie
5-611	39	Operation einer Hydrocele testis
5-573	38	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
5-631	20	Exzision im Bereich der Epididymis
5-622	13	Orchidektomie

B-[16].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein

Nein

B-[16].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	7,45	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,45	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	7,45	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	225,90604	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	4,04	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,04	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	4,04	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	416,58415	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ60	Urologie	einschließlich urologische Chirurgie - volle Weiterbildungsermächtigung
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF04	Andrologie	
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	9,03
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	9,03
Fälle je VK/Person	186,37873

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0,83
-------------------	------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,83
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,83
Fälle je VK/Person	2027,71084

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	1,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,0
Fälle je VK/Person	1683,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	

B-[17].1 Frauenklinik / Fachbereich Frauen, Kinder

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Frauenklinik / Fachbereich Frauen, Kinder
Fachabteilungsschlüssel	2400
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. Manfred Hilscher
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463241
Fax	02351 / 463243
E-Mail	frauenklinik@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

B-[17].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Kommentar/Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VG00	Brustzentrum	seit 2008 zertifiziertes Brustzentrum
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	Differenzierte operative Therapie von Senkungsbeschwerden und von Harninkontinenz einschließlich Vaginalbändchen-Techniken (TVT, TVTO, IVS, FZP u. a.); Netzeinlagen.
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	Zervix-, Corpus-, Ovarial- und Vulvacarzinom
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	
VG15	Spezialsprechstunde	Brustsprechstunde, Inkontinenzsprechstunde, Endometriosesprechstunde
VG16	Urogynäkologie	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Vollstationäre Fallzahl	719
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[17].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
C50	140	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
D25	49	Leiomyom des Uterus
N83	47	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri
N81	25	Genitalprolaps bei der Frau
O00	22	Extrauterin gravidität
C54	20	Bösartige Neubildung des Corpus uteri
O20	18	Blutung in der Frühschwangerschaft
C56	17	Bösartige Neubildung des Ovars
D27	17	Gutartige Neubildung des Ovars
R10	16	Bauch- und Beckenschmerzen

B-[17].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-870	126	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
9-401	107	Psychosoziale Interventionen
3-100	96	Mammographie
5-401	78	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
3-724	71	Teilkörper-Single-Photon-Emissionscomputertomographie ergänzend zur planaren Szintigraphie
5-683	71	Uterusexstirpation [Hysterektomie]
3-709	69	Szintigraphie des Lymphsystems
3-202	64	Native Computertomographie des Thorax
1-672	59	Diagnostische Hysteroskopie
5-651	54	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe

B-[17].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-672	340	Diagnostische Hysteroskopie
1-471	321	Biopsie ohne Inzision am Endometrium
5-690	152	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]
5-751	108	Kürettage zur Beendigung der Schwangerschaft [Abruptio]
5-681	99	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus
5-870	99	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe
5-702	75	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes
1-472	62	Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri
1-694	35	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
5-671	35	Konisation der Cervix uteri

B-[17].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein
 Nein

B-[17].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	5,32	Die Ärzte arbeiten sehr eng mit den Ärzten der Frauenklinik Geburtshilfe zusammen
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,32	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	5,32	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	135,15037	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	2,17	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,17	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	2,17	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	331,33640	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	4,64
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,64
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,64
Fälle je VK/Person	154,95689

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0,72
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,72

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,72
Fälle je VK/Person	998,61111

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	1,62
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,62
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,62
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
PQ07	Pflege in der Onkologie	Breast Care Nurse
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

B-[18].1 Geburtshilfe / Fachbereich Frauen, Kinder

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Geburtshilfe / Fachbereich Frauen, Kinder
Fachabteilungsschlüssel	2400
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. Manfred Hilscher
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463241
Fax	02351 / 463243
E-Mail	frauenklinik@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

B-[18].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Kommentar/Erläuterung

B-[18].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VG07	Inkontinenzchirurgie	
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	
VG15	Spezialsprechstunde	
VG19	Ambulante Entbindung	

B-[18].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[18].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2139
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[18].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
Z38	761	Lebendgeborene nach dem Geburtsort
O80	534	Spontangeburt eines Einlings
O82	166	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung [Sectio caesarea]
O26	100	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
O60	66	Vorzeitige Wehen und Entbindung
O34	58	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane
O21	44	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft
O20	43	Blutung in der Frühschwangerschaft
O42	35	Vorzeitiger Blasensprung
O28	28	Abnorme Befunde bei der Screeninguntersuchung der Mutter zur pränatalen Diagnostik

B-[18].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-262	852	Postnatale Versorgung des Neugeborenen
9-261	453	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
5-758	434	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]
5-749	274	Andere Sectio caesarea
9-260	265	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
5-730	167	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]
8-910	155	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-738	109	Episiotomie und Naht
5-740	78	Klassische Sectio caesarea
5-728	31	Vakuumentbindung

B-[18].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

B-[18].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[18].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein

Nein

B-[18].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	5,13	Die Ärzte arbeiten sehr eng mit den Ärzten der Frauenklinik zusammen
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,13	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	5,13	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	416,95906	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	2,0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	2,0	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	1069,50000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	5,18
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,18
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	5,18
Fälle je VK/Person	412,93436

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	5,72
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,72

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	5,72
Fälle je VK/Person	373,95104

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	1,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,0
Fälle je VK/Person	2139,00000

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,25
Fälle je VK/Person	8556,00000

Entbindungspfleger und Hebammen

Anzahl Vollkräfte	12,0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	12,0	Die Hebammen arbeiten im stationären und im OP-Bereich
Fälle je VK/Person	178,25000	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,84	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,84	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0,84	
Fälle je VK/Person	2546,42857	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	

B-[19].1 Neonatologie / Fachbereich Frauen, Kinder

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Neonatologie / Fachbereich Frauen, Kinder
Fachabteilungsschlüssel	1200
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. Holger Frenzke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463801
Fax	02351 / 463907
E-Mail	kinderklinik@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

B-[19].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Kommentar/Erläuterung

B-[19].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VK00	Sonstiges	Die neonatologische Intensivstation ist Teil des Familienzentrums und hat die Zulassung zur Versorgung Frühgeborener ab einem Geburtsgewicht von 1500 Gramm. Die Strukturkriterien einer Perinatologischen Schwerpunktambulanz sind erfüllt. Ein ausgebildeter Neonatologe ist rund um die Uhr rufbereit.
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen	Konservative Behandlung vor Ort möglich. Bei komplexeren Herzfehlern Zusammenarbeit mit Herzzentrum
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)	Kinderärztin mit Zusatzbezeichnung Kinderendokrinologie ist vorhanden
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	Kinderarzt mit Zusatzbezeichnung Neonatologie und Kinderpneumologie ist vorhanden
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin	
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen	
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen	
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen	
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen	
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen	
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien	
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener	
VK23	Versorgung von Mehrlingen	
VK25	Neugeborenencreening	Wird regelhaft bei allen Neugeborenen durchgeführt
VK36	Neonatologie	

B-[19].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[19].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	248
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[19].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
P22	34	Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen
P59	31	Neugeborenenikterus durch sonstige und nicht näher bezeichnete Ursachen
P07	17	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderenorts nicht klassifiziert
P23	17	Angeborene Pneumonie
P39	16	Sonstige Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
P70	14	Transitorische Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, die für den Fetus und das Neugeborene spezifisch sind
P21	13	Asphyxie unter der Geburt
P55	10	Hämolytische Krankheit beim Fetus und Neugeborenen
P61	8	Sonstige hämatologische Krankheiten in der Perinatalperiode
Z20	8	Kontakt mit und Exposition gegenüber übertragbaren Krankheiten

B-[19].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-930	225	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
1-242	155	Audiometrie
8-010	146	Applikation von Medikamenten und Elektrolytlösungen über das Gefäßsystem bei Neugeborenen
8-811	63	Infusion von Volumenersatzmitteln bei Neugeborenen
8-560	62	Lichttherapie
9-262	53	Postnatale Versorgung des Neugeborenen
8-711	43	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen
8-720	36	Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen
8-831	33	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
8-700	27	Offenhalten der oberen Atemwege

B-[19].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von			

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
	Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

B-[19].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[19].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein

Nein

B-[19].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	5	Die Ärzte der Neonatologie arbeiten sehr eng mit den Ärzten der Kinderklinik zusammen
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	5	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	49,60000	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	2	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	2	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	124,00000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie	Die Bereuung durch zwei Fachärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Neonatologie. Berechtigung zur Weiterbildung im Schwerpunktbereich Neonatologie für 24 Monate.

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	2,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,0
Fälle je VK/Person	124,00000

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	5,0
-------------------	-----

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	5,0	Auf der Wöchnerinnenstation arbeitet das Pflegepersonal der Neonatologie sehr eng mit dem Personal der Frauenklinik Geburtshilfe zusammen.
Fälle je VK/Person	49,60000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	

B-[20].1 Kinderklinik / Fachbereich Frauen, Kinder

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Kinderklinik / Fachbereich Frauen, Kinder
Fachabteilungsschlüssel	1000
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. Holger Frenzke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463801
Fax	02351 / 463907
E-Mail	kinderklinik@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

B-[20].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Kommentar/Erläuterung

B-[20].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen	
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)	Kinderärztin mit Zusatzbezeichnung Kinderendokrinologie vorhanden
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	Kinderarzt mit Zusatzbezeichnung Kinderpneumologie vorhanden
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	keine aktive onkologische Therapie; in Zusammenarbeit mit behandelndem kideronkologischem Zentrum wird Supportiv-Behandlung und onkologische Ambulanz inkl. Nachsorge angeboten
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin	
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen	
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen	
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter	
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes	In Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
VK29	Spezialsprechstunde	Endokrinologie & Diabetologie, Pneumologie
VK30	Immunologie	
VK32	Kindertraumatologie	Notfallversorgung in Zusammenarbeit mit Unfallchirurgie vor Ort
VK37	Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen	Kinderärztin mit Zusatzbezeichnung Kinderendokrinologie vorhanden

B-[20].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[20].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1916
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[20].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
S06	201	Intrakranielle Verletzung
J20	147	Akute Bronchitis
A08	114	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen
A09	108	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs
J18	90	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
S00	85	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
J06	56	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege
E10	42	Diabetes mellitus, Typ 1
J45	40	Asthma bronchiale
K59	40	Sonstige funktionelle Darmstörungen

B-[20].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-930	458	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
1-207	217	Elektroenzephalographie (EEG)
8-98g	197	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
8-121	83	Darmspülung
8-191	77	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen
3-800	65	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
1-760	64	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung
8-900	58	Intravenöse Anästhesie
9-984	43	Pflegebedürftigkeit
1-710	38	Ganzkörperplethysmographie

B-[20].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)		<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) (VK05) ◦ Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VK08) ◦ Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen 	Durchführung bes. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin, Erkrankungen der Lunge und der Atemwege, allergische Erkrankungen, Asthmaschulungen, Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter, Diabetesschulungen, Klein-/Hochwuchs, Schilddrüsenerkrankungen

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote ne Leistungen	Kommentar / Erläuterung
			Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (VK11) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen (VK37) 	
AM07	Privatambulanz			Alle medizinischen Fragen rund um das Kind, einschließlich Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Beratungen
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

B-[20].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[20].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein

Nein

B-[20].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	5,68	Die Ärzte arbeiten sehr eng mit den Ärzten der Klinik für Neonatologie zusammen.
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,68	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	5,68	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	337,32394	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	2,11	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,11	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	2,11	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	908,05687	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin	Es besteht die Ermächtigung für die komplette Weiterbildungszeit von 60 Monaten.
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF20	Kinder-Pneumologie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	8,44
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,44
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	8,44
Fälle je VK/Person	227,01421

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	13,89
-------------------	-------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,89
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	13,89
Fälle je VK/Person	137,94096

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	1,03
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,03
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,03
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	
ZP14	Schmerzmanagement	

B-[21].1 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Fachabteilungsschlüssel	3000
Art der Abteilung	Hauptabteilung
Weitere Fachabteilungsschlüssel	◦ Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) (3060)

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. Tamara Jacubeit
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektorin
Telefon	02351 / 463941
Fax	02351 / 463936
E-Mail	kjpp@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

B-[21].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Kommentar/Erläuterung

B-[21].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter	
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes	
VP00	Sonstige	Behandlung von psychisch kranken jugendlichen Müttern
VP00	Sonstiges	Behandlung von kleinen Kindern und zusammen mit ihren Müttern
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	
VP12	Spezialprechstunde	Für Eltern, Jugendliche und Kinder
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

B-[21].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[21].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	330
Teilstationäre Fallzahl	55

B-[21].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F32	180	Depressive Episode
F92	72	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
F91	29	Störungen des Sozialverhaltens
F94	10	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F50	7	Essstörungen
F41	4	Andere Angststörungen
F43	4	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F12	< 4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F90	\< 4	Hyperkinetische Störungen
F93	\< 4	Emotionale Störungen des Kindesalters

B-[21].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-696	12369	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen
9-693	1483	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-983	508	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Kinder- und Jugendpsychiatrie
9-656	337	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-672	228	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
1-207	87	Elektroenzephalographie (EEG)
8-191	12	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen
3-800	7	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
5-900	6	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
9-984	\< 4	Pflegebedürftigkeit

B-[21].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V			Autismusambulanz; Spezialambulanz "frühe Kindheit"; Jugendhilfeambulanz
AM07	Privatambulanz			Autismusambulanz; Spezialambulanz "frühe Kindheit"; Jugendhilfeambulanz
AM08	Notfallambulanz (24h)			

B-[21].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[21].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein

Nein

B-[21].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	5,81	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,81	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	5,81	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	56,79862	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	4,13	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,13	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	4,13	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	79,90314	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin	
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	2,79
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,79
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,79
Stationäre Versorgung	1,0
Fälle je VK/Person	330,00000

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	5,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,04

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	2
Stationäre Versorgung	3,04
Fälle je VK/Person	108,55263

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	1,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,81
Fälle je VK/Person	182,32044
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	4,6
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,6
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,6
Fälle je VK/Person	71,73913

Kinder Jugendpsychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	2,85
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,85
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,85
Fälle je VK/Person	115,78947

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	3,71
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,71

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	3,71	1,3 VK = Ergotherapeut, 1,06 VK = Kunsttherapeut, 1,35VK Motopäde
Fälle je VK/Person	88,94878	

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	25,53	Dabei handelt es sich um 4,31 Sozialpädagogen und 21,22 Erzieher
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	25,53	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	25,53	
Fälle je VK/Person	12,92596	

B-[22].1 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie / Fachbereich Konservative Medizin

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie / Fachbereich Konservative Medizin
Fachabteilungsschlüssel	2900
Art der Abteilung	Hauptabteilung
Weitere Fachabteilungsschlüssel	◦ Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) (2960)

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. Ronald Bottlender
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463561
Fax	02351 / 463559
E-Mail	psychiatrie@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

B-[22].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Kommentar/Erläuterung

B-[22].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP12	Spezialsprechstunde	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

B-[22].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[22].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	936
Teilstationäre Fallzahl	156

B-[22].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F20	188	Schizophrenie
F10	143	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F32	139	Depressive Episode
F33	121	Rezidivierende depressive Störung
F60	61	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F43	50	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F31	45	Bipolare affektive Störung
F05	31	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F25	31	Schizoaffektive Störungen
G30	17	Alzheimer-Krankheit

B-[22].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-649	15802	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
9-980	1321	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie
9-607	1225	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-618	503	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen
9-619	365	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen
9-640	364	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-981	294	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke
9-982	289	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie
9-617	269	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal
3-800	122	Native Magnetresonanztomographie des Schädels

B-[22].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V			
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			* Methadon Ambulanz * Institutsambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie (Gruppenpsychotherapie, Einzelpsychotherapie), Suchtsprechstunde
AM07	Privatambulanz			

B-[22].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[22].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein

Nein

B-[22].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	13,18	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,18	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	13,18	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	71,01669	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	5,64	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,64	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	5,64	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	165,95744	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ01	Anästhesiologie	
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	49,55
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	49,55
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	2,56
Stationäre Versorgung	46,99
Fälle je VK/Person	19,91913

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0,81
-------------------	------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,81
Fälle je VK/Person	1155,55555

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	2,65
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,65
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,65
Fälle je VK/Person	353,20754

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	1,0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,0
Fälle je VK/Person	936,00000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	1,65
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,65
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1,65
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal 38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	4,27
-------------------	------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,27	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	4,27	
Fälle je VK/Person	219,20374	

Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte	4,01	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,01	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	4,01	2,62 VK 0 Ergotherapeut, 1,39 VK Kunsttherapeut
Fälle je VK/Person	233,41645	

Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte	2,93	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,93	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	2,93	
Fälle je VK/Person	319,45392	

B-[23].1 Klinik für Neurologie / Fachbereich Konservative Medizin

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Neurologie / Fachbereich Konservative Medizin
Fachabteilungsschlüssel	2800
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Sebastian Schimrigk
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463511
Fax	02351 / 463514
E-Mail	neurologie@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

B-[23].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Kommentar/Erläuterung

B-[23].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	Vaskulitiden bei primären oder sekundären Kollagenosen, primär cerebrale Vaskulitiden, paraneoplastische Gefäßerkrankungen
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	Neben der Schlaganfallerkrankung sind die Sinusvenenthrombose, die Gefäßdissektion, die cerebralen Vaskulitiden und Kollagenosen sowie die nicht akuten Micro- und Macroangiopathien zu beschreiben.
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	Als zertifiziertes Zentrum für MS ist ein hoher Qualitätsstandard in der Versorgung von Patienten gewährleistet. Neben der stationären Akutversorgung ist eine enge Verzahnung mit den Niedergelassenen sowie die gemeinsame Expertise in Sachen MS ein wesentlicher Baustein für die gute med. Versorgung.
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	Myasthene Syndrome, die Myasthenia gravis, das Guillain Barré Syndrom, entzündliche Neuropathien, Immunvaskulitiden, Kollagenosen mit zentraler Beteiligung, der Morbus Behcet und die Neurosarkoidose. Für die Therapiekontrolle oder zum Einholen einer zweiten Meinung steht die Ambulanz zur Verfügung.
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	Die Versorgung der Patienten mit Epilepsie erfolgt nach internationalen Standards. Neben der Akutversorgung ggf. auch mit intensivmedizinischer neurologischer Behandlung stehen auch hier alle diagnostisch und therapeutisch notwendigen Verfahren zur Verfügung.
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	Therapie extrapyr. sowie nicht-parkins. Bewegungsstörungen. Diagnostik / Therapie Normaldruckhydrocephalus. Bhdlg. fokaler Dystonien (ua. Torticollis, Blepharospasmus) m. Botulinustoxin. Prüf. auton. Fk.-Störungen. Abkl. versch. Demenzformen (Optionen der SPECT und spezifischen PET-Diagnostik).
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	Erkrankungen des peripheren Nerven und Muskelsystems (u. a. Polyneuropathien, Myopathien) werden mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Methoden diagnostiziert und behandelt.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VN24	Stroke Unit	Überregional zertifizierte Stroke Unit (8 Betten) mit allen erforderl. Verfahren wie extrakr. u transkran. Doppler, farbkodierte Duplexsonografie, hochauflösende u ultraschnelle Spiral-CT m. Gefäßdarstellung u multimodale Kernspintomografie; Stenting u Thrombektomie in Kooperation m. d. Radiologie

B-[23].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[23].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2192
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[23].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I63	462	Hirnfarkt
G45	259	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
G40	232	Epilepsie
G35	223	Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]
G61	53	Polyneuritis
H81	51	Störungen der Vestibularfunktion
G20	50	Primäres Parkinson-Syndrom
G43	48	Migräne
R20	48	Sensibilitätsstörungen der Haut
I61	44	Intrazerebrale Blutung

B-[23].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-208	1547	Registrierung evozierter Potentiale
9-320	1056	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens
3-200	1009	Native Computertomographie des Schädels
8-930	922	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
3-800	818	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
1-207	809	Elektroenzephalographie (EEG)
3-220	780	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
8-981	699	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
9-401	625	Psychosoziale Interventionen
9-984	499	Pflegebedürftigkeit

B-[23].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			Keine Einschränkungen • MS u. Differentialdiagn. • Morbus Park. u. Parkinsonsyndrome • Myasthenia gravis u. myasthene Syndrome • Doppler-, u. Duplex der hirnersorg. Gefäße • Elektrophysiolog. Untersuchungen • Botulinustoxinbehandlg. bei Patienten mit Dystonien und fokalen Spastiken nach Schlaganfall.
AM07	Privatambulanz			
AM08	Notfallambulanz (24h)			

B-[23].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[23].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein

Nein

B-[23].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	13,59	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,59	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	13,59	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	161,29506	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	5,17	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,17	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	5,17	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	423,98452	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ42	Neurologie	4 Jahre WTB-Berechtigung
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF09	Geriatric	
ZF15	Intensivmedizin	Neurologische Intensivmedizin
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF28	Notfallmedizin	Rettungsmedizin

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	25,6
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	25,6
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0,57
Stationäre Versorgung	25,03
Fälle je VK/Person	87,57491

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0,78
-------------------	------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,78
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,78
Fälle je VK/Person	2810,25641

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	3,97
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,97
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,97
Fälle je VK/Person	552,14105
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	
ZP16	Wundmanagement	

B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Klinische Neuropsychologen

Anzahl Vollkräfte	0,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,5
Fälle je VK/Person	4384,00000

B-[24].1 Palliativmedizin / Fachbereich Anästhesologie / Zentrale Dienstleister

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Palliativmedizin / Fachbereich Anästhesologie / Zentrale Dienstleister
Fachabteilungsschlüssel	0500
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Thorsten Skodra
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	leitender Oberarzt Palliativmedizin
Telefon	02351 / 462779
Fax	
E-Mail	Thorsten.Skodra@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

Name	Prof. Dr. Dr. Dipl. Psych. Thomas Uhlig
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor (Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin, Schmerztherapie und Rettungswesen)
Telefon	02351 / 463003
Fax	02351 / 463007
E-Mail	anaesthesie@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

B-[24].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Kommentar/Erläuterung

B-[24].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI00	Weitere Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäres Team: Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, Ehrenamtliche, Entspannungspädagogen, Pflegekräften mit Palliative Care Ausbildung, Aromatherapeuten, Pflegenden, Physiotherapeuten, Seelsorger und Sozialarbeiter
VI00	Weitere Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Würdevolles Sterben, wenn eine Verlegung nicht mehr möglich ist • Seelsorgerliche und ehrenamtliche, hospizliche und individuelle Begleitung im Trauerprozess • Verabschiedungsrituale
VI00	Weitere Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Gesprächsschwerpunkte: eigenes Krankheitserleben, eigene Endlichkeit, Angehörigenberatung /Schulung, Pflegeberatung, Entlassungsplanung • Zeitiger Beginn des Entlassungsmanagements in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt /Facharzt, u. a.
VI00	invasive Leistungen	z.B. die Anlage von Kathetern zur Schmerztherapie, Anlage von Ascitis- und Pleuradrainagen
VI38	Palliativmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Räumliche Ausstattung: Abstimmung auf die besondere Situation • Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige • Wtl. Teambesprechung • Wochenbezogene Dokumentation • Besprechung der psychosozialen und seelsorgerlichen ganzheitliche Begleitung • Psychosoziale Palliativberatung
VI40	Schmerztherapie	

B-[24].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[24].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	285
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[24].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
C34	34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M54	24	Rückenschmerzen
C50	17	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
C61	17	Bösartige Neubildung der Prostata
C18	8	Bösartige Neubildung des Kolons
C25	8	Bösartige Neubildung des Pankreas
I50	8	Herzinsuffizienz
C67	7	Bösartige Neubildung der Harnblase
I70	7	Atherosklerose
R18	7	Aszites

B-[24].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-98e	157	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
9-401	131	Psychosoziale Interventionen
9-984	62	Pflegebedürftigkeit
9-200	29	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
8-148	28	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben
8-918	24	Multimodale Schmerztherapie
8-800	10	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8-831	9	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
1-632	8	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
8-854	7	Hämodialyse

B-[24].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

B-[24].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[24].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein
 Nein

B-[24].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	285,00000

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	285,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ01	Anästhesiologie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF30	Palliativmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	5
Fälle je VK/Person	57,00000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,08
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,08
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0

Stationäre Versorgung	0,08	
Fälle je VK/Person	3562,50000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
PQ07	Pflege in der Onkologie	Palliative Care
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	

B-[25].1 Klinik für Anästhesie, Operative Intensivmedizin, Schmerztherapie und Rettungswesen / Zentrale Dienstleister

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Anästhesie, Operative Intensivmedizin, Schmerztherapie und Rettungswesen / Zentrale Dienstleister
Fachabteilungsschlüssel	3700
Art der Abteilung	Nicht bettenführende Abteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. Dr. Dipl.Psych. Thomas Uhlig
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463003
Fax	02351 / 463007
E-Mail	anaesthesie@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

B-[25].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Kommentar/Erläuterung

B-[25].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC71	Notfallmedizin	Notarztdienst
VI20	Intensivmedizin	interdisziplinäre Intensivmedizin, Schwerpunkt operative Intensivmedizin
VI40	Schmerztherapie	Perioperative Schmerzkonsile, Akutschmerzdienst zur postoperativen Schmerztherapie, Patientengesteuerte Analgesie (Schmerzkontrolle mit Medikamentenpumpen), medikamentöse Schmerztherapie nach hausinternen Standards
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VX00	Anwendung aller modernen Verfahren der Allgemein- und Regionalanästhesie	auch Kardioanästhesie, Neuroanästhesie und anästhesiologische Polytraumaversorgung

B-[25].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[25].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[25].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[25].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[25].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

B-[25].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[25].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-[25].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	38,75	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	38,55	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,2	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	38,75	Die Anästhesisten versorgen sowohl die stationären als auch die ambulanten Patienten als auch die operativen Patienten auf der Intensivstation
Fälle je VK/Person		

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	24,81	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	24,81	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	24,81	
Fälle je VK/Person		
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
Fälle je VK/Person	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ01	Anästhesiologie	
AQ23	Innere Medizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF15	Intensivmedizin	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF44	Sportmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	71,45	Das Personal arbeitet im OP und auf der Intensivstation
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	71,45	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	

Stationäre Versorgung Fälle je VK/Person	71,45	Das Personal arbeitet im OP und auf der Intensivstation
---	-------	---

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	1,37
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,37
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,37
Fälle je VK/Person	

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen

Anzahl Vollkräfte	10,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,25
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	10,25
Fälle je VK/Person	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	2,7
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,7
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,7
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	

B-[26].1 Klinik für Nuklearmedizin / Zentrale Dienstleister

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Nuklearmedizin / Zentrale Dienstleister
Fachabteilungsschlüssel	3200
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. Rolf Larisch
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463313
Fax	02351 / 463309
E-Mail	nuklearmedizin@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

B-[26].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Kommentar/Erläuterung

B-[26].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VR00	RIA-Labor	
VR00	Therapie mit Lutetium-177-PSMA	
VR02	Native Sonographie	
VR18	Szintigraphie	
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner	
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden	
VR39	Radiojodtherapie	

B-[26].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[26].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	349
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[26].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
E05	232	Hyperthyreose [Thyreotoxikose]
C73	83	Bösartige Neubildung der Schilddrüse
E04	21	Sonstige nichttoxische Struma
C61	12	Bösartige Neubildung der Prostata
C79	< 4	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen

B-[26].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-531	333	Radiojodtherapie
3-70d	321	Teilkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik
3-70c	77	Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik
8-530	13	Therapie mit offenen Radionukliden
3-724	8	Teilkörper-Single-Photon-Emissionscomputertomographie ergänzend zur planaren Szintigraphie
9-984	8	Pflegebedürftigkeit
3-701	7	Szintigraphie der Schilddrüse
3-70b	6	Resorptions- und Exkretionstests mit Radionukliden
3-202	5	Native Computertomographie des Thorax
3-752	5	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des gesamten Körperstammes

B-[26].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz			

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V			Über die MRV GmbH
AM17	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V			

B-[26].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[26].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein

Nein

B-[26].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	1,75	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,75	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	1,75	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	199,42857	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0,75	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0,75	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	465,33333	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ44	Nuklearmedizin	
AQ54	Radiologie	zzgl. Radiologischer Diagnostik

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	3,68
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,68
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,68
Fälle je VK/Person	94,83695

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	0,38
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,38
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,38
Fälle je VK/Person	918,42105

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	2,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	2,5
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

B-[27].1 Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie / Fachbereich Zentrale Dienstleister

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie / Fachbereich Zentrale Dienstleister
Fachabteilungsschlüssel	1800
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. Heiko Alfke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463601
Fax	02351 / 463606
E-Mail	radiologie@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

B-[27].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen Ja
dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V
Kommentar/Erläuterung

B-[27].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VR02	Native Sonographie	Alle Verfahren
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	Mammographie mit/ohne Tomosynthese sowie bildgesteuerte Entnahme von Gewebeproben
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung	Alle Verfahren
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	Alle Verfahren
VR10	Computertomographie (CT), nativ	Alle Verfahren
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	Alle Verfahren, inklusive Herz-CT
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	Colonographie, CT gesteuerte Gewebentnahme, CT gesteuerte Tumor- und Schmerztherapie, spektrale Bildgebung insbesondere für Tumorerkrankungen
VR15	Arteriographie	Alle Verfahren inkl. MRA, CTA und CO2 Angiographie
VR16	Phlebographie	Alle Verfahren
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	Alle Verfahren
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	Alle Verfahren
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	Herz-MRT, Mamma-MRT inklusive MRT gestützte Biopsie
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	Automatische Lungenrundherdauswertung, CT-Colonographie, Lebersegmentauswertung, präoperative Planung von Herz- und Gefäßeingriffen (Aorta)
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	Herz-CT
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	Bildgesteuerte Tumortherapie
VR41	Interventionelle Radiologie	Alle Verfahren Gefäßerkrankungen, Tumor- und Schmerztherapie
VR42	Kinderradiologie	Alle Verfahren, eigene Kinderradiologie
VR43	Neuroradiologie	Alle Verfahren
VR44	Teleradiologie	Mitversorgung der Stadtklinik Werdohl und des Marienhospitals Letmathe (CT)
VR47	Tumorembolisation	Insbesondere an der Leber (TACE = Transarterielle Chemoembolisation) aber auch anderen Organen

B-[27].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[27].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	29
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[27].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I70	14	Atherosklerose
C78	7	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
C22	4	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C34	\< 4	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
I87	\< 4	Sonstige Venenkrankheiten

B-[27].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-83b	30	Zusatzinformationen zu Materialien
8-836	21	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
3-607	15	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
3-608	14	Superselektive Arteriographie
5-339	12	Andere Operationen an Lunge und Bronchien
3-604	7	Arteriographie der Gefäße des Abdomens
3-207	5	Native Computertomographie des Abdomens
3-605	\< 4	Arteriographie der Gefäße des Beckens
8-840	\< 4	(Perkutan-)transluminale Implantation von nicht medikamentefreisetzenden Stents
9-984	\< 4	Pflegebedürftigkeit

B-[27].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

B-[27].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
3-607	5	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
3-608	5	Superselektive Arteriographie
3-602	4	Arteriographie des Aortenbogens
3-600	\< 4	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße
3-601	\< 4	Arteriographie der Gefäße des Halses
1-442	\< 4	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
1-650	\< 4	Diagnostische Koloskopie
3-606	\< 4	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten

B-[27].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Nein

Nein

B-[27].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	11,42	Der größte Anteil der Ärzte ist für die Durchführung der verschiedenen und zahlreichen Untersuchungen zuständig (als Dienstleister für die anderen Abteilungen des Hauses)
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,42	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	11,42	s.o.
Fälle je VK/Person	2,53940	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	5,99	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,99	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	5,99	
Fälle je VK/Person	4,84140	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ54	Radiologie	
AQ55	Radiologie, SP Kinderradiologie	Leiter der Kinderradiologie
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF23	Magnetresonanztomographie – fachgebunden –	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	1	Angiographiefleger
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	1	
Stationäre Versorgung	0	
Fälle je VK/Person	0,00000	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	16,04	Der größte Anteil der MFA ist für die Durchführung der verschiedenen und zahlreichen Untersuchungen zuständig (als Dienstleister für die anderen Abteilungen des Hauses)
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,04	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	16,04	
Stationäre Versorgung	0	
Fälle je VK/Person	0,00000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

B-[28].1 Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie / Zentrale Dienstleister

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie / Zentrale Dienstleister
Fachabteilungsschlüssel	3300
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. Dieter Schnalke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Klinikdirektor
Telefon	02351 / 463121
Fax	
E-Mail	strahlentherapie@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

B-[28].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Kommentar/Erläuterung

B-[28].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VR00	CT-Planung	
VR00	MR-Planung	
VR00	PET-CT-Planung	z. T. PET-CT basierte Bestrahlungsplanung
VR00	Planungsberechnung in Zusammenarbeit mit der Med. Physik	
VR00	Sonstige	Kooperationspartner des Märkischen Brust- und des Märkischen Darmzentrums
VR00	Sonstige	Behdlg. sämtl. Geschwulsterkrankungen, IGR, IMRT, Atemgating, PET-CT basierte Bestrahlungsplan. Linearbeschleuniger, Afterloading-Verfahren, Radio-Chemo-, Strahlentherapie i. R. des Brustzentrums, Behdlg. von gutartigen Erkrank. (schmerzhafte Erkrankungen des Bewegungsapparates und der Weichteile)
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR32	Hochvoltstrahlentherapie	
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	

B-[28].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[28].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	933
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[28].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
C34	92	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
C10	83	Bösartige Neubildung des Oropharynx
C20	81	Bösartige Neubildung des Rektums
C15	71	Bösartige Neubildung des Ösophagus
C79	68	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
C44	65	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C53	65	Bösartige Neubildung der Cervix uteri
C13	63	Bösartige Neubildung des Hypopharynx
C32	52	Bösartige Neubildung des Larynx

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
C71	51	Bösartige Neubildung des Gehirns

B-[28].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-522	4811	Hochvoltstrahlentherapie
8-528	641	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
8-529	427	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
8-542	262	Nicht komplexe Chemotherapie
9-984	195	Pflegebedürftigkeit
8-543	137	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
8-547	95	Andere Immuntherapie
8-831	94	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
6-001	91	Applikation von Medikamenten, Liste 1
3-752	87	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT) des gesamten Körperstammes

B-[28].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)			Ambulante Sonderleistung Volle Zulassung zur Radio-Chemotherapie. Fortsetzung stationär begonnener Behandlungen. Primäre ambulante Versorgung bei gutartigen und bösartigen Erkrankungen.
AM07	Privatambulanz			Ambulante Sonderleistung Volle Zulassung zur Radio-Chemotherapie. Fortsetzung stationär begonnener Behandlungen. Primäre ambulante Versorgung bei gutartigen und bösartigen Erkrankungen.
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V			

B-[28].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[28].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[28].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	1,34	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,19	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,15	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	1,34	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	696,26865	

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0,7	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,7	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0,7	die Stationsärzte versorgen auch die Patienten aus der Ambulanz
Fälle je VK/Person	1332,85714	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	6,61
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,61
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	6,61
Fälle je VK/Person	141,14977

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	4,26
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,26
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Ambulante Versorgung	4,26	
Stationäre Versorgung	0	
Fälle je VK/Person	0,00000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
PQ07	Pflege in der Onkologie	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	

B-[29].1 Zentrale Aufnahmestation

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Zentrale Aufnahmestation
Fachabteilungsschlüssel	0100
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Markus Bald
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	interdisziplinärer ärztlicher Leiter
Telefon	02351 / 464646
Fax	
E-Mail	markus.bald@klinikum-luedenscheid.de
Strasse / Hausnummer	Paulmannshöher Str. 14
PLZ / Ort	58515 Lüdenscheid
URL	

B-[29].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Kommentar/Erläuterung

B-[29].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
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	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	

B-[29].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

trifft nicht zu / entfällt

B-[29].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1154
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[29].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
R07	280	Hals- und Brustschmerzen
I48	170	Vorhofflimmern und Vorhofflattern
I10	94	Essentielle (primäre) Hypertonie
F10	38	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
R55	34	Synkope und Kollaps
R10	32	Bauch- und Beckenschmerzen
R06	23	Störungen der Atmung
I11	20	Hypertensive Herzkrankheit

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
I20	18	Angina pectoris
I25	18	Chronische ischämische Herzkrankheit

B-[29].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-930	103	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
1-632	72	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
8-640	71	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus
3-052	56	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
1-440	39	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
1-710	39	Ganzkörperplethysmographie
3-721	22	Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Herzens
3-222	17	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
1-711	12	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
1-620	8	Diagnostische Tracheobronchoskopie

B-[29].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM08	Notfallambulanz (24h)			

B-[29].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[29].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
stationäre BG-Zulassung

Ja

Ja

B-[29].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	9,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,48
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,99
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	9,47
Fälle je VK/Person	121,85850

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	4,87
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,87
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,87
Fälle je VK/Person	236,96098
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	
AQ42	Neurologie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF03	Allergologie	
ZF15	Intensivmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	29,7
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	29,7
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	17,34
Stationäre Versorgung	12,36
Fälle je VK/Person	93,36569

Das Pflegepersonal versorgt alle in der zentralen Notaufnahme ankommenden Patienten - ganz gleich ob eine ambulante oder stationäre chirurgische oder konservative Behandlung erforderlich ist.

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	3,0	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,0	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	3,0	
Stationäre Versorgung	0	
Fälle je VK/Person	0,00000	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ01	Bachelor	
PQ05	Leitung einer Stationen / eines Bereichs	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	

Teil C - Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an 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 in %	Kommentar / Erläuterung
Ambulant erworbene Pneumonie	537	100,0	
Geburtshilfe	889	100,0	
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	182	100,0	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	21	100,0	
Herzschrittmacher-Implantation	151	100,0	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	32	100,0	
Hüftendoprothesenversorgung	122	100,0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	103	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	41	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	116	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	31	100,0	
Karotis-Revaskularisation	62	100,0	
Knieendoprothesenversorgung	27	100,0	
Leberlebendspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Mammachirurgie	163	100,0	
Neonatologie	166	100,0	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Kommentar / Erläuterung
Nierenlebenspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe	766	100,5	

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]

Qualitätsindikator	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Kennzahl-ID	52321
Leistungsbereich	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,7
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,60 / 98,78
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	259 / 259 / 259,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,54 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
Kennzahl-ID	52307
Leistungsbereich	Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,02 / 98,22
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	125 / 122 / 125,00
Rechnerisches Ergebnis	97,60
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,18 / 99,18
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	51404
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5.03 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 / 1,11
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	32 / 0 / 0,28
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 12,38

Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
Kennzahl-ID	52315
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein

Einheit	%
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 / 1,34
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	19 / 0 / 19,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 16,82
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Probleme im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme). Diese Probleme führten zu einer erneuten Operation
Kennzahl-ID	52001
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	3,2
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,98 / 3,35
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	157 / 6 / 157,00
Rechnerisches Ergebnis	3,82
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,76 / 8,09
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

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

Qualitätsindikator	Technisches Problem am Schockgeber (Defibrillator), das zu einer erneuten Operation führte (Aggregat- oder Sondenproblem)
Kennzahl-ID	52328
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	3,4
Referenzbereich (bundesweit)	<= 8.69 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,20 / 3,58
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	157 / 7 / 157,00
Rechnerisches Ergebnis	4,46
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,18 / 8,92
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)
Kennzahl-ID	52324
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,5
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,35 / 0,71
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	22 / 0 / 22,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 14,87
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Infektion, die zu einer erneuten Operation führte
Kennzahl-ID	52002
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	ja
Einheit	%
Bundesergebnis	0,5
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.44 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,47 / 0,63
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	51196
Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,3
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 5.70 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,12 / 1,49
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	31 / 0 / 0,26
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 13,28
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
Kennzahl-ID	54143
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,6
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10.00 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,48 / 1,66
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	132 / 0 / 132,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 2,83
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Kennzahl-ID	52311
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,4
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,36 / 1,53
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10

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

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	2195
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	ja
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5.88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 / 1,19
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	138 / 0 / 138,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
Kennzahl-ID	52305
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,7
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,66 / 95,81
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	586 / 552 / 586,00
Rechnerisches Ergebnis	94,20
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,00 / 95,82
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator

Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt

Kennzahl-ID	54140
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,5
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,46 / 98,64
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	132 / 131 / 132,00
Rechnerisches Ergebnis	99,24
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,83 / 99,87
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
Kennzahl-ID	2194
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.67 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 / 1,05
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann.</p> <p>Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.
Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4.02 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 / 1,17
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten
Kennzahl-ID	54141
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	Tkez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,8
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	96,72 / 96,98
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	132 / 131 / 132,00
Rechnerisches Ergebnis	99,24
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,83 / 99,87
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf . Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten
Kennzahl-ID	54142
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,1
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,11 / 0,16
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	132 / 0 / 132,00

Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 2,83
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf . Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Kennzahl-ID	52139
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	89,2
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	89,04 / 89,45
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	172 / 150 / 172,00
Rechnerisches Ergebnis	87,21
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	81,39 / 91,40

Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel des Schockgebers (Defibrillators)
Kennzahl-ID	52325
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,8
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,71 / 0,94
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	109 / 0 / 109,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 3,40
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Der Schockgeber (Defibrillator-System) wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Kennzahl-ID	50005
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,5
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00$ %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,28 / 96,75
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	116 / 115 / 116,00
Rechnerisches Ergebnis	99,14
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,28 / 99,85
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
Kennzahl-ID	52316
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,3
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,13 / 96,40
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	354 / 336 / 354,00
Rechnerisches Ergebnis	94,91
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,11 / 96,76
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	51186
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,9

Referenzbereich (bundesweit)	<= 6.75 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 / 1,10
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	116 / 0 / 0,68
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 5,47
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Standards angemessen
Kennzahl-ID	50055
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	92,1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,75 / 92,43
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	116 / 106 / 116,00
Rechnerisches Ergebnis	91,38
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	84,86 / 95,25
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
Kennzahl-ID	52131
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	91,7

Referenzbereich (bundesweit)	>= 60.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,40 / 92,00
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	150 / 138 / 150,00
Rechnerisches Ergebnis	92,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	86,54 / 95,36
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	10271
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.12 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,06 / 1,14
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	94 / 0 / 94,00
Rechnerisches Ergebnis	3,54
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Das Problem ist auf wenige Einzelfälle zurückzuführen

Qualitätsindikator	Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden
Kennzahl-ID	54010
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	TKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,1
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,03 / 98,16
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	22 / 22 / 22,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	85,13 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf . Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand
Kennzahl-ID	54003
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein

Einheit	%
Bundesergebnis	13,7
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	13,48 / 14,03
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	84 / 18 / 84,00
Rechnerisches Ergebnis	21,43
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	14,01 / 31,35
Ergebnis im Berichtsjahr	U99
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Überschneidungseffekt zu Maßnahmen aus dem Vorjahr
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Kennzahl-ID	54004
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,8
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,72 / 95,90
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	112 / 94 / 112,00
Rechnerisches Ergebnis	83,93
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	76,02 / 89,59
Ergebnis im Berichtsjahr	A99
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Umsetzung der Maßnahmen aus 2017 sind abzuwarten

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	54019
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	2,3
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7.50 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,28 / 2,42
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	22 / 0 / 22,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 14,87
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Kennzahl-ID	54002
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	92,4
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,99 / 92,72
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	21 / 17 / 21,00
Rechnerisches Ergebnis	80,95
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	60,00 / 92,33
Ergebnis im Berichtsjahr	U31
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Es handelt sich um eine besondere klinische Situation

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Kennzahl-ID	54013
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,2
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,19 / 0,23
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	49 / 0 / 49,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit „geringer Sterbewahrscheinlichkeit“. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Kennzahl-ID	54001
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,1
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,05 / 97,20
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	22 / 20 / 22,00
Rechnerisches Ergebnis	90,91
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	72,19 / 97,47

Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	54012
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.40 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 / 1,02
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	94 / 10 / 15,05
Rechnerisches Ergebnis	0,66
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,37 / 1,15
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	54016
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein

Einheit	%
Bundesergebnis	1,5
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5.72 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,46 / 1,57
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	22 / 0 / 22,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 14,87
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	54017
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	6,2

Referenzbereich (bundesweit)	<= 15.15 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,84 / 6,54
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	54018
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	4,6
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11.41 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,45 / 4,79

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	84 / 6 / 84,00
Rechnerisches Ergebnis	7,14
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,31 / 14,72
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	54124
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.89 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 / 1,10
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	24 / 0 / 24,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 13,80
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden
Kennzahl-ID	54026
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	92,9
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,79 / 93,04
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	24 / 24 / 24,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	86,20 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	54125
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	4,6
Referenzbereich (bundesweit)	<= 13.33 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,25 / 4,96
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Kennzahl-ID	54127
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 / 0,05
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	22 / 0 / 22,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Kennzahl-ID	54020
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,8
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,75 / 97,90
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	21 / 21 / 21,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	84,54 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Kennzahl-ID	54022
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	93,3
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 86.00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,87 / 93,72
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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
Kennzahl-ID	54128
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	99,8
Referenzbereich (bundesweit)	>= 98.54 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,76 / 99,81
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4 / 4 / 4,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Kennzahl-ID	54021
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,4
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90.00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,17 / 96,68
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	54028
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 / 0,95
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	16 / 0 / 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 48,99
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	50481
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%

Bundesergebnis	3,2
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10.37 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,95 / 3,55
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	54123
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,4
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5.00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,35 / 1,46

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	24 / 0 / 24,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 13,80
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben
Kennzahl-ID	50045
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH, QS-Planung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	ja
Einheit	%
Bundesergebnis	99,2
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,14 / 99,21
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	275 / 275 / 275,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,62 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungsverfahren s

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.
Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
Kennzahl-ID	52249
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1.23 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 / 0,99
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	883 / 270 / 274,68
Rechnerisches Ergebnis	0,98
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,89 / 1,08
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Der Zeitraum zwischen der Entscheidung, einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen, und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten
Kennzahl-ID	1058
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH, QS-Planung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,3
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,23 / 0,46
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	8 / 0 / 8,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 32,44
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungsnahmeverfahrens s
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwilling- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
Kennzahl-ID	51397
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 / 1,12
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen am QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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
Kennzahl-ID	330
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Typ des Ergebnisses	QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH, QS-Planung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,5
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,18 / 97,87
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	D50
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungsverfahren s
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Das Problem wurde nachweisbar behoben

Qualitätsindikator	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischem Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden) – bei der Auswertung wurden individu
Kennzahl-ID	51803
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH, QS-Planung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.32
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,02 / 1,08
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	803 / 12 / 5,81
Rechnerisches Ergebnis	2,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,18 / 3,59
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligk
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend
Kennzahl-ID	318
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH, QS-Planung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,2
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,96 / 97,37
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	28 / 27 / 28,00
Rechnerisches Ergebnis	96,43
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	82,29 / 99,37
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungsverfahren s
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen)
Kennzahl-ID	321
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,2
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,22 / 0,24
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	51831
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 6,00 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 / 1,18
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	79 / 0 / 0,40
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 9,27
Ergebnis im Berichtsjahr	R10

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

Qualitätsindikator	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Kennzahl-ID	60683
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	TKEz

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	12,2
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	11,01 / 13,58
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	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
Kennzahl-ID	612
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	88,3
Referenzbereich (bundesweit)	>= 74.04 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	87,96 / 88,59
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	36 / 32 / 36,00
Rechnerisches Ergebnis	88,89
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	74,69 / 95,59
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Kennzahl-ID	60684
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	12,0
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	11,05 / 12,96
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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
Kennzahl-ID	60685
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 / 1,25
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	U31
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Z.N. Tumor-OP und jetzt Wunsch der Patientin bei großer Cyste.

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

es handelte sich um eine einzelne besondere klinische Situation

Qualitätsindikator	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
Kennzahl-ID	12874
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH, QS-Planung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,2
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,11 / 1,33
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens s
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Kennzahl-ID	10211
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH, QS-Planung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	7,6
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,23 / 8,07
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungsverfahren s
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	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
Kennzahl-ID	51906
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH, QS-Planung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4.18
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 / 1,17
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungsnahmeverfahrens s
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
Kennzahl-ID	52283
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	2,5
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4.94 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,38 / 2,56
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	84 / 16 / 84,00
Rechnerisches Ergebnis	19,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	12,08 / 28,72
Ergebnis im Berichtsjahr	D50
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	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
Kennzahl-ID	60686
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	20,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 40.23 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	19,39 / 20,68
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Kennzahl-ID	2006
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,5
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,49 / 98,58
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	533 / 530 / 533,00
Rechnerisches Ergebnis	99,44
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,36 / 99,81
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	2007
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,2

Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,91 / 97,56
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Kennzahl-ID	2005
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,5
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,45 / 98,54
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	537 / 533 / 537,00
Rechnerisches Ergebnis	99,25
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,10 / 99,71
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Kennzahl-ID	2009
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,1
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90.00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,01 / 95,18
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	506 / 470 / 506,00
Rechnerisches Ergebnis	92,88
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,31 / 94,82
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben
Kennzahl-ID	2013
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	93,9
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00$ %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,74 / 93,99
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	264 / 240 / 264,00
Rechnerisches Ergebnis	90,91
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	86,83 / 93,81
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	verbessert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1.58 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 / 1,07
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	537 / 74 / 60,37
Rechnerisches Ergebnis	1,23
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,99 / 1,51
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,5
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95.00 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	96,42 / 96,55
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	532 / 508 / 532,00
Rechnerisches Ergebnis	95,49
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,38 / 96,95
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt
Kennzahl-ID	2028
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,6
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00$ %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,47 / 95,66
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	392 / 368 / 392,00
Rechnerisches Ergebnis	93,88
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,05 / 95,85
Ergebnis im Berichtsjahr	U33
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Es gab vereinzelt Dokumentationsprobleme

Qualitätsindikator	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Kennzahl-ID	54050
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,3
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 85,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,16 / 95,52
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	88 / 87 / 88,00
Rechnerisches Ergebnis	98,86
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,84 / 99,80
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	54042
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.17 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,96 / 1,01
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	103 / 5 / 10,61
Rechnerisches Ergebnis	0,47
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,20 / 1,05
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	54046
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.07 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 / 1,07
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	103 / 6 / 4,90

Rechnerisches Ergebnis	1,22
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,57 / 2,55
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehllagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)
Kennzahl-ID	54029

Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,3
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4.50 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,18 / 1,36
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	103 / 0 / 103,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 3,60
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	54040

Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4.28 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 / 0,99
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden
Kennzahl-ID	54030
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	14,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	13,85 / 14,40
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	103 / 30 / 103,00
Rechnerisches Ergebnis	29,13
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	21,23 / 38,52
Ergebnis im Berichtsjahr	S99
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Umsetzung der Maßnahmen aus 2017 abwarten
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	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)
Kennzahl-ID	54033
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.24 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 / 1,05
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	77 / 15 / 17,79
Rechnerisches Ergebnis	0,84
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,53 / 1,28
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)
Kennzahl-ID	51847
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,4
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90.00 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	96,23 / 96,63
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	34 / 34 / 34,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,85 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium hatten)
Kennzahl-ID	2163
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH, QS-Planung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,1
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,04 / 0,19
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	9 / 0 / 9,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 29,91
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungsnahmeverfahrens s

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Die Feststellung, dass die Patientinnen und Patienten Brustkrebs haben, wurde vor der Behandlung durch eine Gewebeuntersuchung abgesichert
Kennzahl-ID	51846
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,5
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,34 / 97,57
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	93 / 89 / 93,00
Rechnerisches Ergebnis	95,70
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,46 / 98,31
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Zwischen dem Zeitpunkt, wann der Brustkrebs festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage
Kennzahl-ID	51370
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	4,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 16.36 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,85 / 4,17
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	77 / 0 / 77,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 4,75
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, könnte dies u. a. darauf hindeuten, dass die Möglichkeit der Selbstinformation, der Zweitmeinung, der ärztlichen Aufklärung und der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen zeitlich nicht voll ausgeschöpft werden konnte. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Bru
Kennzahl-ID	52330
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH, QS-Planung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	99,3
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,14 / 99,38
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	42 / 42 / 42,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,62 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens s
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, werden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium haben und bei denen die Brust nicht entfernt wird, sondern brusterhaltend operiert wird)
Kennzahl-ID	50719
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	6,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 8,20 % (80. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,42 / 6,71
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	U31
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Es handelte sich um besondere klinische Situationen

Qualitätsindikator	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Bru
Kennzahl-ID	52279
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH, QS-Planung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,9
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,76 / 98,10
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	10 / 10 / 10,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	72,25 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens s

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen)
Kennzahl-ID	51070
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,3
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,31 / 0,38
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	163 / 0 / 163,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjaheresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
Kennzahl-ID	51078
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	3,4
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,03 / 3,91
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf . Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Schwerwiegende Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
Kennzahl-ID	51838
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	2,2
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,91 / 2,43
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf . Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)
Kennzahl-ID	51843
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,80 / 1,02
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator

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)

Kennzahl-ID	50060
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	ja
Einheit	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 / 0,97
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Sehr kleine Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
Kennzahl-ID	51832
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	3,9
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,60 / 4,34
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf . Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Ein Hörtest wurde durchgeführt
Kennzahl-ID	50063
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,9
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,77 / 97,95
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	158 / 158 / 158,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,63 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)
Kennzahl-ID	51837
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 / 1,01
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.
Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)
Kennzahl-ID	50050
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 / 1,09
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
Kennzahl-ID	51076
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Typ des Ergebnisses	TKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	3,3
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,00 / 3,68
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)
Kennzahl-ID	50069
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.52 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 / 1,05
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)

Kennzahl-ID
50074
Leistungsbereich

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.04 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 / 0,98
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	158 / 8 / 6,55
Rechnerisches Ergebnis	1,22
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,62 / 2,33
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Wachstum des Kopfes
Kennzahl-ID	52262
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	10,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 21.74 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	9,58 / 10,53
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	18 / 0 / 18,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)
Kennzahl-ID	50052
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 / 1,05
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)

Kennzahl-ID	50053
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 / 1,04
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
Kennzahl-ID	51079
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Typ des Ergebnisses	TKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	5,5
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,07 / 6,07
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf . Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ . Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator

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)

Kennzahl-ID	50062
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.54 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 / 0,98
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	U31
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	Es handelt sich um eine besondere klinische Situation

Qualitätsindikator	Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten
Kennzahl-ID	51901
Leistungsbereich	Versorgung von Früh- und Neugeborenen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1.91 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 / 0,98
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	H99
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgeborene zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. [Anonym] (2008): Incorrect Data Analysis in: Association of Preterm Birth with Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth [Corrections; JAMA – Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429]. JAMA – Journal of the American Medical Association 300(2): 170-

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der PG-Leitfaden

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/Kategorie 4)
Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,01 / 0,01
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	31800 / 4 / 31800,00
Rechnerisches Ergebnis	0,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	A41
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	52009
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden	QSKH
Regelungen des G-BA	
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 / 1,07
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	31800 / 326 / 108,22
Rechnerisches Ergebnis	3,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	A41
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	verschlechtert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht
Kennzahl-ID	603
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%

Bundesergebnis	99,0
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,78 / 99,11
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	27 / 27 / 27,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,54 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Kennzahl-ID	51860
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	3,7
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,98 / 4,55
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	16 / 0 / 16,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 19,36
Ergebnis im Berichtsjahr	

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator

Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Kennzahl-ID
51437

Leistungsbereich

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Typ des Ergebnisses

QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA

QSKH

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

nein

Einheit

%

Bundesergebnis

98,5

Referenzbereich (bundesweit)

Vertrauensbereich (bundesweit)

98,02 / 98,88

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)

Rechnerisches Ergebnis

Vertrauensbereich (Krankenhaus)

Ergebnis im Berichtsjahr

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht
Kennzahl-ID	604
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	99,8
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,68 / 99,87
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	17 / 17 / 17,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	81,57 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	11724
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	Tkez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 / 1,11
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	45 / 0 / 0,46
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 7,65
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen
 Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	51865
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 / 1,15
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	17 / 0 / 0,42
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 7,39
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind
Kennzahl-ID	51859
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	Tkez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	3,0
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,70 / 3,40
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	17 / 0 / 17,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 18,43
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf . Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, erlitten einen Schlaganfall oder sind während der Operation verstorben. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt
Kennzahl-ID	52240
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	6,6
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,90 / 10,96
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	0 / 0 / 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Kennzahl-ID	51443
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	99,5
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95.00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,12 / 99,72
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	16 / 16 / 16,00
Rechnerisches Ergebnis	100,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	80,64 / 100,00
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	11704

Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2.99 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 / 1,08
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	45 / 0 / 0,88
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 4,03
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
Kennzahl-ID	605
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	Tkez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,2
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 / 1,44
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	23 / 0 / 23,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 14,31
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf . Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war
Kennzahl-ID	606
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	Tkez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	2,7
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,08 / 3,59
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4 / 0 / 4,00
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 48,99
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf . Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
Kennzahl-ID	51445
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,7
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,28 / 2,29
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw.
Landesebene beauftragten Stellen
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
Kennzahl-ID	51448
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	TKez
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,9
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,03 / 3,67
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Kennzahl-ID	51873
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Typ des Ergebnisses	QI
Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA	QSKH
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3.03 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 / 1,12
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	17 / 0 / 0,70
Rechnerisches Ergebnis	0,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 / 4,47
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

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

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmetatbestand	Kommentar/ Erläuterung
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	10	Keine Ausnahme (MM05)	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	16	Keine Ausnahme (MM05)	
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	24	Aufbau eines neuen Leistungsbereiches (MM02)	01.07.2017

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Leistungsbereich	Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
Gesamtergebnis der Prognosedarlegung	ja
Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge	10
die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	11
Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	ja
Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)	Nein
Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden	Nein
Übergangsregelung	Nein

Leistungsbereich	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Gesamtergebnis der Prognosedarlegung	ja
Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge	16
die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	23
Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	ja
Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)	Nein
Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden	Nein
Übergangsregelung	Nein

Leistungsbereich	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Gesamtergebnis der Prognosedarlegung	ja
Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge	24

die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	32
Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	ja
Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)	Ja
Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden	Nein
Übergangsregelung	Nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	148
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	117
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	115

(*) nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)