Strukturierter Qualitätsbericht

2018

Krankenhaus Bad Oeynhausen

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort 1

Einleitung 1

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts 2

A-0 Fachabteilungen 3

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 3

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers 4

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 4

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie 4

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 4

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses 6

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit 7

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses 8

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus 8

A-10 Gesamtfallzahlen 8

A-11 Personal des Krankenhauses 8

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung 11

A-13 Besondere apparative Ausstattung 22

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen 23

B-[1] Klinik für Innere Medizin und Pneumologie 23

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 23

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel 24

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 24

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 24

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 24

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 26

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 26

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 26

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 27

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 28

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 29

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 29

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 30

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ... 30

B-[1].11 Personelle Ausstattung ... 30

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 30

B-[1].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung ... 31

B-[1].11.1 Zusatzweiterbildung ... 31

B-[1].11.2 Pflegepersonal ... 31

B-[1].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse ... 33

B-[1].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 33

B-[1].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik ... 33

B-[2] Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie ... 33

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 33

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 34

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 34

B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen ... 34

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 34

B-[2].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 35

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 35

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 35

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 36

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 37

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 38

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 38

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 39

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ... 39

B-[2].11 Personelle Ausstattung ... 39

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 39

B-[2].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung ... 40

B-[2].11.1 Zusatzweiterbildung ... 40

B-[2].11.2 Pflegepersonal ... 40

B-[2].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse ... 42

B-[2].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 42

B-[2].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik ... 42

B-[3] Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie ... 42

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 42

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 42

B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 43

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen ... 43

B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 43

B-[3].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 44

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 44

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 44

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 45

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 46

B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 47

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 48

B-[3].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 48

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 48

B-[3].11 Personelle Ausstattung 49

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen 49

B-[3].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung 49

B-[3].11.1 Zusatzweiterbildung 49

B-[3].11.2 Pflegepersonal 50

B-[3].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 51

B-[3].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 51

B-[3].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 51

B-[4] Klinik für Gefäßchirurgie 51

B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 51

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel 52

B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 52

B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 52

B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 52

B-[4].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 53

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 53

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD 54

B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 55

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 55

B-[4].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 57

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 57

B-[4].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 57

B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 57

B-[4].11 Personelle Ausstattung ... 58

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 58

B-[4].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung ... 58

B-[4].11.1 Zusatzweiterbildung ... 58

B-[4].11.2 Pflegepersonal ... 59

B-[4].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse ... 60

B-[4].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 60

B-[4].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik ... 60

B-[5] Klinik für Unfallchirurgie und Handchirurgie ... 60

B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 60

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 61

B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 61

B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen ... 61

B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 61

B-[5].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 63

B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 64

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 64

B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 65

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 65

B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 67

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 67

B-[5].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 67

B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ... 68

B-[5].11 Personelle Ausstattung ... 68

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 68

B-[5].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung ... 69

B-[5].11.1 Zusatzweiterbildung ... 69

B-[5].11.2 Pflegepersonal ... 69

B-[5].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse ... 70

B-[5].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation ... 71

B-[5].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik ... 71

B-[6] Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ... 71

B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 71

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel ... 71

B-[6].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes ... 71

B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen ... 72

B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 72

B-[6].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung ... 73

B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung ... 73

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD ... 73

B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig ... 74

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ... 74

B-[6].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe ... 76

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ... 76

B-[6].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ... 77

B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ... 77

B-[6].11 Personelle Ausstattung ... 77

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen ... 77

B-[6].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung ... 78

B-[6].11.1 Zusatzweiterbildung ... 78

B-[6].11.2 Pflegepersonal ... 78

B-[6].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse ... 79

B-[6].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 80

B-[6].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 80

B-[7] Institut für Anästhesie und Intensivmedizin 80

B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 80

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel 80

B-[7].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 80

B-[7].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 81

B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 81

B-[7].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 82

B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 82

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD 82

B-[7].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 82

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 82

B-[7].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 84

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 84

B-[7].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 84

B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 84

B-[7].11 Personelle Ausstattung 84

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen 85

B-[7].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung 85

B-[7].11.1 Zusatzweiterbildung 85

B-[7].11.2 Pflegepersonal 85

B-[7].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 87

B-[7].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 87

B-[7].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 87

B-[8] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde 87

B-[8].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 87

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel 88

B-[8].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 88

B-[8].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 88

B-[8].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 89

B-[8].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 89

B-[8].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 90

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD 90

B-[8].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 90

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 90

B-[8].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 90

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 90

B-[8].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 90

B-[8].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 90

B-[8].11 Personelle Ausstattung 91

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen 91

B-[8].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung 91

B-[8].11.1 Zusatzweiterbildung 91

B-[8].11.2 Pflegepersonal 91

B-[8].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 92

B-[8].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 93

B-[8].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 93

B-[9] Institut für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Hygiene, Umweltmedizin und Transfusionsmedizin 93

B-[9].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 93

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel 93

B-[9].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 93

B-[9].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 94

B-[9].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 94

B-[9].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 94

B-[9].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 94

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD 94

B-[9].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 94

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 94

B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 96

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 97

B-[9].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 97

B-[9].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 97

B-[9].11 Personelle Ausstattung 97

B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen 97

B-[9].11.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung 98

B-[9].11.1 Zusatzweiterbildung 98

B-[9].11.2 Pflegepersonal 98

B-[9].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 98

B-[9].11.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 98

B-[9].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 98

B-[10] Institut für Diagnostische Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin 98

B-[10].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung 98

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel 99

B-[10].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes 99

B-[10].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 99

B-[10].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 99

B-[10].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 100

B-[10].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung 100

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD 100

B-[10].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig 100

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 100

B-[10].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe 101

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 102

B-[10].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 102

B-[10].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 102

B-[10].11 Personelle Ausstattung 102

B-[10].11. Ärzte und Ärztinnen 103

B-[10].11. Ärztliche Fachexpertise der Abteilung 103

B-[10].11. Zusatzweiterbildung 103

B-[10].11. Pflegepersonal 103

B-[10].11. Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse 103

B-[10].11. Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation 103

B-[10].11. Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 104

C Qualitätssicherung 104

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V 104

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 190

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 190

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 190

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr 191

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 192

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 192

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

mit mehr als 4.500 Mitarbeitern sind die Mühlenkreiskliniken (AöR) bundesweit einer der größten Gesundheitsdienstleister in öffentlicher Trägerschaft. Mit dem Johannes Wesling Klinikum zählt eine der modernsten Kliniken in Europa dazu. An den Standorten in Minden, Lübbecke, Bad Oeynhausen und Rahden werden jährlich mehr als 200.000 Patienten stationär und ambulant versorgt. Der Klinikverbund umfasst alle Versorgungsstufen von der Grund- und Regel- bis zur Spitzenversorgung. Er sichert mit vier Notarztstandorten auch die ortsnahe und flächendeckende Versorgung im Mühlenkreis und für die angrenzenden Regionen Niedersachsens. Das Leistungsspektrum reicht von der Geburtshilfe über die teleradiologische Diagnostik bis hin zur spitzenmedizinischen Betreuung von Schwerstkranken.
Darüber hinaus sind das Johannes Wesling Klinikum Minden als Universitätsklinikum sowie das Krankenhaus Bad Oeynhausen, das Krankenhaus Lübbecke-Rahden und die Auguste-Viktoria-Klinik in Bad Oeynhausen als akademische Lehrkrankenhäuser seit Oktober 2016 Partner der Ruhr-Universität Bochum im Bereich der Medizinerausbildung.
Die kommunale Trägerschaft der Mühlenkreiskliniken ist dabei Verpflichtung und Ansporn zugleich. Der Name der Mühlenkreiskliniken verweist auf den Hauptversorgungsraum der Häuser, denn der Kreis Minden-Lübbecke ist mit seinen 41 Wasser-, Wind- und Rossmühlen an der sogenannten "Westfälischen Mühlenstraße" weit über seine Grenzen hinaus als Mühlenkreis bekannt.

Krankenhaus Bad Oeynhausen
Das mit insgesamt 330 Betten ausgestattete Akutkrankenhaus der Regelversorgung mit 7 Fachabteilungen liegt in Mitten der bekannten Kur- und Badestadt Bad Oeynhausen, die reizvolle Parkanlagen und ein reichhaltiges kulturelles Angebot bietet.
Bereits 1903 wurde der Grundstein zum Krankenhaus Bad Oeynhausen gelegt. Seitdem verbinden sich hier Tradition und Moderne zu einem leistungsfähigen Mix aus pflegerischer Fürsorge und medizinischer Innovation. Durch eine stetige Renovierung werden nicht nur hohe technische und medizinische Standards sondern auch eine angenehme Atmosphäre gewährleistet.
Darüber hinaus stellen wir uns den ständig wechselnden Ansprüchen auf dem Gebiet der medizinischen und pflegerischen Versorgung unserer Patienten. Als äußeres Merkmal hierfür erhielten wir die Anerkennung als akademischen Lehrkrankenhaus der Ruhr Universität Bochum und die Zertifizierung unseres Qualitätsmanagements nach der DIN EN ISO 9001:2015.
Seit 2006 gehört das Krankenhaus Bad Oeynhausen zum Verbund der Mühlenkreiskliniken. Gemäß dem Motto "Stark im Verbund" bieten wir Ihnen falls nötig die medizinische Kompetenz der anderen Häuser.

Mit freundlichen Grüßen
Michael Winkler
Geschäftsführer

Einleitung

Durch den vorliegenden Qualitätsbericht für das **Berichtsjahr 2018** erhalten Sie detaillierte Informationen zum Leistungsspektrum unseres Krankenhauses. Wir sind - wie alle Krankenhäuser in Deutschland - gesetzlich verpflichtet, unsere Struktur - und Leistungsdaten jährlich zu veröffentlichen.

Der folgende Bericht entspricht den gesetzlich in §137 SGB V geforderten Anforderungen eines Qualitätsberichtes und ist darüber hinaus als medizinischer Jahresbericht zu sehen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Krankenhauses Bad Oeynhausen kommen dieser gesetzlichen Verpflichtung gerne nach, schließlich steht das Erreichen höchster Qualität bei der Behandlung unserer

Patientinnen und Patienten von jeher im Mittelpunkt unserer Arbeit.

Der Qualitätsbericht richtet sich auch an medizinische Laien: Sie als Patient oder Angehöriger können dort Informationen und Entscheidungshilfen finden, wenn es darum geht, für eine bestimmte Behandlung das optimale Krankenhaus auszusuchen. Ebenso enthält der Qualitätsbericht Daten, die als Orientierungshilfe vor allem für Vertragsärzte und Krankenkassen von Interesse sind. Alle Leser können sich durch den Qualitätsbericht zum Beispiel darüber informieren, welches Krankenhaus sich auf welche Behandlung spezialisiert hat, wie oft welche Operationen durchgeführt werden oder wie hoch die Komplikationsraten sind.

Im Bericht wird weitestgehend auf fachspezifische Begrifflichkeiten oder Abkürzungen verzichtet oder diese werden erläutert. Zum besseren Verständnis wird das Leistungsspektrum teilweise in tabellarischer Form abgebildet.

Dieser Bericht gliedert sich in drei Teile (A-C). Im A- und B-Teil sind allgemeine und fachspezifische Struktur-und Leistungsdaten erfasst. Darunter fallen insbesondere Informationen zu den Versorgungsschwerpunkten und Leistungsangeboten. Es werden Betten und Fallzahlen genannt sowie über apparative und therapeutische Ausstattung informiert. Im C-Teil werden vor dem Hintergrund krankenhausspezifischer Besonderheiten einrichtungsinterne Qualitätssicherungsmaßnahmen beschrieben.

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Uwe Frederking, Qualitätsmanagement-Beauftragter
Telefon:	05731 77 1123
Fax:	05731 77 1205
E-Mail:	uwe.frederking@muehlenkreiskliniken.de

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Michael Winkler, Geschäftsführer
Telefon:	05731 77 1203
Fax:	05731 77 1205
E-Mail:	michael.winkler@muehlenkreiskliniken.de

Links:

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0108	Klinik für Innere Medizin und Pneumologie
2	Hauptabteilung	0107	Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie
3	Hauptabteilung	1500	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
4	Hauptabteilung	1800	Klinik für Gefäßchirurgie
5	Hauptabteilung	1600	Klinik für Unfallchirurgie und Handchirurgie
6	Hauptabteilung	2400	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
7	Nicht-Bettenführend	3700	Institut für Anästhesie und Intensivmedizin
8	Belegabteilung	2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
9	Nicht-Bettenführend	3700	Institut für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Hygiene, Umweltmedizin und Transfusionsmedizin
10	Nicht-Bettenführend	3700	Institut für Diagnostische Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	MKK Krankenhaus Bad Oeynhausen
PLZ:	32545
Ort:	Bad Oeynhausen
Straße:	Wielandstraße
Hausnummer:	28
IK-Nummer:	260570545
Standort-Nummer:	0
Krankenhaus-URL:	http://www.muehlenkreiskliniken.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Michael Winkler, Geschäftsführer
Telefon:	05731 77 1203
Fax:	05731 77 1205

E-Mail:	michael.winkler@muehlenkreiskliniken.de
Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. Mathias Emmerich, Ärztlicher Direktor
Telefon:	05731 77 1472
Fax:	05731 77 1473
E-Mail:	mathias.emmerich@muehlenkreiskliniken.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Thomas Sander, Pflegedirektor
Telefon:	05731 77 1361
Fax:	05731 77 1205
E-Mail:	thomas.sander@muehlenkreiskliniken.de

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:	Kreis Minden-Lübbecke
Träger-Art:	öffentlich

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

1	Ruhr Universität Bochum

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
1	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
2	Asthmaschulung

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
3	Aromapflege/-therapie
4	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege
5	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
	Psychoonkologische Beratung durch Konsildienst
6	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
	Konzerneigenes Sanitätshaus mit orthopädischer Werkstatt
7	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
	z.B. Beratung bei: Chronischen Wunden, Pflegebedürftigkeit, häuslicher Versorgung
8	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
	Geburtshilfe
9	Wärme- und Kälteanwendungen
10	Schmerztherapie/-management
11	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
12	Physikalische Therapie/Bädertherapie
13	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
14	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen
	Eine Betreuung durch Beleghebammen ist möglich
15	Diät- und Ernährungsberatung
16	Kinästhetik
17	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
18	Atemgymnastik/-therapie
19	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
20	Manuelle Lymphdrainage
21	Sozialdienst
22	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
23	Stomatherapie/-beratung
24	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
	Hepatitis, Darmerkrankungen, Lungenemphysem, Tuberöse, Sklerose, Lymphangioleiomyomatose, Lungentransplantation
25	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
26	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
27	Stillberatung
28	Wundmanagement
	Das Wundmanagement ist durch die Initiative Chronische Wunde (ICW) zertifiziert worden

	MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT
29	Medizinische Fußpflege
30	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
31	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
	Betreuung durch Palliativ-Team, Palliativzimmer, Abschiedsraum, Trauerbegleitung
32	Massage
33	Basale Stimulation
34	Ergotherapie/Arbeitstherapie

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Seelsorge
2	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
3	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
4	Zwei-Bett-Zimmer
5	Rooming-in
6	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
7	Mutter-Kind-Zimmer
8	Telefon am Bett
	Kosten pro Tag: 1 € *Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,1 €* *Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0 €*
9	Ein-Bett-Zimmer
10	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer
11	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
12	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
13	Rundfunkempfang am Bett
	Kosten pro Tag: 0 €
	Einmalige Kosten für Kopfhörer: 2,50 Euro
14	Andachtsraum
15	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen

	LEISTUNGSANGEBOT
16	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen *Max. Kosten pro Stunde: 0 €* *Max. Kosten pro Tag: 0 €*
17	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	Kosten pro Tag: 1 €
18	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer *Kosten pro Tag: 0 €* *einmalige Kosten für Kopfhörer: 2,50 Euro*
19	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
20	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität) *Details zu besonderen Ernährungsgewohnheiten: Bei der Aufnahme werden die Ernährungsgewohnheiten erfragt und in die Menüplanung aufgenommen.*
21	Abschiedsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
1	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
2	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
3	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
4	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
5	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
6	geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
7	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe
8	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
9	Diätetische Angebote
10	Besondere personelle Unterstützung
11	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
12	Dolmetscherdienst *Durch fremdsprachliche Mitarbeiter des Hauses*

	ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT
13	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

	AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN
1	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
2	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
3	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
4	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
5	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
	Chirurgie colo-rektaler Carzinome

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

	AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN
1	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)
	Konzerneigene Ausbildungsakademie
2	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
3	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin
4	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl Betten:	330

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	11567
Teilstationäre Fallzahl:	0
Ambulante Fallzahl:	15117

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)				
Gesamt:	63,40		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*40,00*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	63,40	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	12,66	**Stationär:**	50,74

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:	36,45			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	36,45	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	7,26	**Stationär:**	29,19

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)	
Anzahl in Personen:	4

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

A-11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	178,66			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	178,66	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	178,66

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	7,44			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	7,44	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	7,44

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

Seit 2006 ist ein prozessorientiertes Qualitätsmanagement eingeführt worden. Die Zertifizierung des QM-Systems nach der DIN EN ISO 9000 erfolgte erstmalig im Jahr 2008.

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:	Uwe Frederking, Qualitätsmanagement-Beauftragter
Telefon:	05731 77 1123
Fax:	05731 77 1205
E-Mail:	uwe.frederking@muehlenkreiskliniken.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Chefärzte, Pflegedirektor, Geschäftsführer, QMB, Personalrat
Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:	eigenständige Position für Risikomanagement

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Uwe Frederking, Qualitätsmanagement-Beauftragter
Telefon:	05731 77 1123
Fax:	05731 77 1205
E-Mail:	uwe.frederking@muehlenkreiskliniken.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Chefärzte, Pflegedirektor, Geschäftsführer, QMB, Personalrat
Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Qualitätsmanagement-Handbuch *Letzte Aktualisierung: 19.08.2016*
2	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
3	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
4	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
5	Klinisches Notfallmanagement
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
6	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
7	Entlassungsmanagement
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
8	Sturzprophylaxe
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
9	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
10	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
11	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
12	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
13	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
14	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor
	Letzte Aktualisierung: 14.10.2013
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen
	Intervall: bei Bedarf
3	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem
	Intervall: halbjährlich

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	Strukturierte Risikoanalyse

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:	Ja

Genutzte Systeme:

	BEZEICHNUNG
1	EF00: EF00

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse:

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1[1)]
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	7
Hygienefachkräfte (HFK)	4[2)]
Hygienebeauftragte in der Pflege	17

[1)] *Gestellt durch das konzernweite Institut für Hygiene*
[2)] *Gestellt durch das konzernweite Institut für Hygiene*

A-12.3.1.1 Hygienekommission

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

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:	Dr. Klaus-Dieter Rinne, Chefarzt
Telefon:	05731 77 1404
Fax:	05731 77 1205
E-Mail:	klaus-dieter.rinne@muehlenkreiskliniken.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl:	Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

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

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl:	Ja

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

Auswahl:	Nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION	A
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja

	OPTION	A
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:

Auswahl:	Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

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

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

Auswahl:	Ja

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

Auswahl:	Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl:	Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

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

Auswahl:	Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/ Patiententag):	27
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	102

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl:	Ja

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

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
2	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) *Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)*
3	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen
4	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
5	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen
	Name: Netzwerk MRE Kreis Minden-Lübbecke

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

☐	AMBU-KISS
☑	HAND-KISS
☑	ITS-KISS
☐	CDAD-KISS
☑	OP-KISS
☑	STATIONS-KISS
☐	MRSA-KISS
☐	NEO-KISS
☐	ONKO-KISS
☐	SARI

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Ja

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Uwe Frederking, Qualitätsmanagement-Beauftragter
Telefon:	05731 77 1123
Fax:	05731 77 1205
E-Mail:	uwe.frederking@muehlenkreiskliniken.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Lothar Gohmann, Patientenfürsprecher
Telefon:	05731 77 1203
Fax:	05731 77 1205
E-Mail:	Lothar.gohmann@muehlenkreiskliniken.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums:	Arzneimittelkommission

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	nein

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	9
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	24
Erläuterungen:	Die Versorgung der Mühlenkreiskliniken (AöR) erfolgt durch die Mitarbeiter der Zentralapotheke im Johannes Wesling Klinikum Minden.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
2	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
3	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
4	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
5	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern

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

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

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

☑	Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
☐	Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z.B. Unit-Dose-System)
☑	Sonstiges

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

☑	Fallbesprechungen
☑	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
☑	Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
☑	Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)
☐	Andere

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten	
	In Kooperation mit örtlichen Praxen		
2	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
3	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	
	In der Abteilung für Endoskopie 24h verfügbar.		
4	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	
5	Positronenemissionstomograph (PET)/ PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	
	In Kooperation mit dem Johannes Weslink Klinikum Minden		
6	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	
7	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
8	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja
	Darstellung der Arterien (außer Herzkranzgefäße) mittels Röntgenkontrastmittel.		
9	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja
10	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja
	in Kooperation mit dem Johannes Wesling Klinikum Minden und örtlichen Praxen		
11	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	
12	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung		Ja

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Klinik für Innere Medizin und Pneumologie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Innere Medizin und Pneumologie
Straße:	Wielandstraße
Hausnummer:	21
PLZ:	32545
Ort:	Bad Oeynhausen
URL:	http://muehlenkreiskliniken.de

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0108) Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. Jost Niedermeyer, Chefarzt
Telefon:	05731 77 1442
Fax:	05731 77 1448
E-Mail:	jost.niedermeyer@muehlenkreiskliniken.de
Adresse:	Wielandstraße 21
PLZ/Ort:	32545 Bad Oeynhausen
URL:	http://muehlenkreiskliniken.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
2	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
3	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
4	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
5	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren *Angiologischer Schwerpunkt*
7	Schmerztherapie
8	Konventionelle Röntgenaufnahmen
9	Duplexsonographie
10	Eindimensionale Dopplersonographie
11	Endosonographie *In Zusammenarbeit mit der Inneren Klinik und Gastroenterologie*
12	Native Sonographie
13	Sonographie mit Kontrastmittel
14	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
15	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
16	Transfusionsmedizin
17	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen *Bronchilkarzinome, Tumore der Thoraxwand*
19	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen *bei Mitbeteiligung der Lunge*
20	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
21	Endoskopie *Bronchoskopie, endobronchialer Ultraschall*
22	Intensivmedizin *Behandlung des primären und sekundären Lungenversagens; invasive und nicht-invasive Beatmung; Entwöhnung von der Beatmung*
23	Spezialsprechstunde *Interstitielle Lungenerkrankungen, Lymphangioleiomyomatose, tuberöse Sklerose, Lungentransplantation*
24	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Lungenparenchyms

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
	wie Lungenfibrose
25	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
26	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
27	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
	Diagnostik und Therapie von Pleuraergüssen jeder Ursache
28	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
	Lungen- und Herz-Lungentransplantation
29	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	Rechtsherzkatheterdiagnostik
30	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
31	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
32	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	Asthma, COPD, Abklärung von unklarem Husten
33	Diagnostik und Therapie von Allergien
	bei Beteiligung der Atemwege
34	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
	bei Lungenkomplikationen (Infektionen, Tumoren)

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	3278
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	326
2	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	258
3	E86	Volumenmangel	124
4	R55	Synkope und Kollaps	117
5	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	116

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
6	J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	103
7	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet	73
8	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	63
9	R42	Schwindel und Taumel	46
10	R07.2	Präkordiale Schmerzen	45
11	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	42
12	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	41
13	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	41
14	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	39
15	R07.3	Sonstige Brustschmerzen	38
16	J84.1	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose	37
17	I20.9	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet	34
18	R07.4	Brustschmerzen, nicht näher bezeichnet	33
19	I80.28	Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten	32
20	I48.1	Vorhofflimmern, persistierend	29
21	I20.0	Instabile Angina pectoris	27
22	A41.1	Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken	26
23	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	25
24	A46	Erysipel [Wundrose]	25
25	N17.93	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 3	24
26	I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	23
27	R06.0	Dyspnoe	22
28	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	22
29	J44.11	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes	22
30	R00.1	Bradykardie, nicht näher bezeichnet	22

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	I50	Herzinsuffizienz	347
2	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	332
3	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	182

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
4	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	174
5	E86	Volumenmangel	124
6	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert	119
7	R55	Synkope und Kollaps	117
8	R07	Hals- und Brustschmerzen	116
9	J20	Akute Bronchitis	82
10	I20	Angina pectoris	76

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	1-710	Ganzkörperplethysmographie	880
2	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	456
3	8-020.x	Therapeutische Injektion: Sonstige	355
4	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	299
5	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	233
6	1-843	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus	216
7	1-620.00	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Ohne weitere Maßnahmen	213
8	8-390.x	Lagerungsbehandlung: Sonstige	209
9	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	200
10	1-711	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität	193
11	1-713	Messung der funktionellen Residualkapazität [FRC] mit der Helium-Verdünnungsmethode	193
12	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	155
13	8-547.30	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Intravenös	134
14	3-052	Transösophageale Echokardiographie [TEE]	103
15	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	92
16	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	73
17	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	72
18	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	71
19	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	62

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
20	1-774	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)	54
21	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	53
22	1-266.0	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Bei implantiertem Schrittmacher	53
23	1-844	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle	52
24	1-715	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt	47
25	9-200.01	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 37 bis 71 Aufwandspunkte: 43 bis 56 Aufwandspunkte	45
26	8-152.1	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax: Pleurahöhle	44
27	9-401.23	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden	44
28	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	42
29	9-200.1	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen: 72 bis 100 Aufwandspunkte	39
30	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	39

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	1-710	Ganzkörperplethysmographie	880
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	727
3	8-547	Andere Immuntherapie	613
4	8-020	Therapeutische Injektion	360
5	1-620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	287

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	BESTIMMUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116B SGB V
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	LEISTUNGEN:
	LK03 - Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Mukoviszidose
	In Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover

2	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

3	ERMÄCHTIGUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116 SGB V BZW. § 31A ABS. 1 ÄRZTE-ZV (BESONDERE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN ODER KENNTNISSE VON KRANKENHAUSÄRZTEN UND KRANKENHAUSÄRZTINNEN)
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

4	BESTIMMUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116B SGB V
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	bei pulmonaler Beteiligung

5	PNEUMOLOGISCHE AMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura

6	BESTIMMUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116B SGB V
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	LEISTUNGEN:
	LK14 - Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit pulmonaler Hypertonie

7	NOTFALLSPRECHSTUNDE
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VI21 - Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

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

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)				
Gesamt:	12,98		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*40,00*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	12,98	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	2,59	**Stationär:**	10,39
			Fälle je Anzahl:	315,5

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:	5,75			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	5,75	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,15	**Stationär:**	4,60
			Fälle je Anzahl:	712,6

B-[1].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Medikamentöse Tumortherapie
3	Palliativmedizin
4	Phlebologie

B-[1].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	46,70			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	46,70	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	46,70
			Fälle je Anzahl:	70,2

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Palliative Care

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

B-[2] Klinik für Innere Medizin und Gastroenterologie

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

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

Hausnummer:	28
PLZ:	32545
Ort:	Bad Oeynhausen
URL:	http://muehlenkreiskliniken.de

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(0107) Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. Andres Garrido-Lüneburg, Chefarzt
Telefon:	05731 77 1452
Fax:	05731 77 1455
E-Mail:	andres.garrido-lueneburg@muehlenkreiskliniken.de
Adresse:	Wielandstraße 28
PLZ/Ort:	32545 Bad Oeynhausen
URL:	http://muehlenkreiskliniken.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
2	Spezialsprechstunde *Leberambulanz, Spezialsprechstunde für chronisch entzündliche Darmerkrankungen*
3	Endoskopie
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas *Sowohl stationäre Diagnostik und Behandlung dieser Krankheitsbilder als auch ambulante Abklärung über die hepatologische Ambulanz Dr. Garrido Lüneburg. Die Abteilung ist assoziiere Klinik der Deutschen Leberstiftung.*

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	Sowohl stationäre Diagnostik und Behandlung dieser Krankheitsbilder als auch ambulante Abklärung mittels Proktoskopie
6	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
	Diagnostische Vorbereitung von Lebertransplantationen sowie bestimmte Nachbehandlungen in Zusammenarbeit mit der MHH.
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
8	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	Insbesondere bei Mitbeteiligung der Leber, des Darms. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Onkologen zur ambulanten Fortsetzung der Chemotherapie und mit den Viszeral-Chirurgen des Hauses.
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	Sowohl stationäre Diagnostik und Behandlung dieser Krankheitsbilder als auch ambulante Abklärung mittels Magen- und Darmspiegelungen
10	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
11	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
	Der Chefarzt der Klinik ist Mitglied im Kompetenznetz "Chronisch entzündliche Darmerkrankungen"

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	2954
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	K29.1	Sonstige akute Gastritis	169
2	E86	Volumenmangel	128
3	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	82
4	A09.0	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs	82
5	N30.0	Akute Zystitis	79
6	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	60
7	A41.51	Sepsis: Escherichia coli [E. coli]	48
8	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	45
9	A41.9	Sepsis, nicht näher bezeichnet	44

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
10	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	42
11	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	41
12	K29.0	Akute hämorrhagische Gastritis	40
13	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	38
14	K57.30	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	37
15	K59.0	Obstipation	37
16	K29.6	Sonstige Gastritis	36
17	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	35
18	N20.0	Nierenstein	33
19	D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	32
20	K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	32
21	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	31
22	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	29
23	A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus	27
24	K52.9	Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis, nicht näher bezeichnet	26
25	K57.31	Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung	26
26	K25.0	Ulcus ventriculi: Akut, mit Blutung	24
27	D64.9	Anämie, nicht näher bezeichnet	21
28	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	21
29	A46	Erysipel [Wundrose]	20
30	K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	20

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	K29	Gastritis und Duodenitis	256
2	E86	Volumenmangel	128
3	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	115
4	A41	Sonstige Sepsis	111
5	K57	Divertikulose des Darmes	110

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
6	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	97
7	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	87
8	N30	Zystitis	79
9	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	77
10	K80	Cholelithiasis	59

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1134
2	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	487
3	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	419
4	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	346
5	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	214
6	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	212
7	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	140
8	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	131
9	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	116
10	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	108
11	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	103
12	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	102
13	1-710	Ganzkörperplethysmographie	95
14	1-642	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallen- und Pankreaswege	91
15	8-020.x	Therapeutische Injektion: Sonstige	88
16	5-513.1	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Inzision der Papille (Papillotomie)	79
17	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	79

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
18	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	72
19	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	66
20	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	61
21	9-401.23	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden	60
22	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	58
23	8-390.x	Lagerungsbehandlung: Sonstige	54
24	8-390.1	Lagerungsbehandlung: Therapeutisch-funktionelle Lagerung auf neurophysiologischer Grundlage	52
25	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	51
26	3-054	Endosonographie des Duodenums	49
27	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	48
28	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	46
29	1-442.0	Perkutane Biopsie an hepatobiliärem System und Pankreas mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Leber	46
30	5-452.63	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Endoskopische Mukosaresektion	44

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1169
2	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	769
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	760
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	562
5	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	243
6	5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	241
7	5-469	Andere Operationen am Darm	196

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
	VI35 - Endoskopie

2	ENDOSKOPIENOTDIENST
	Notfallambulanz (24h)
	LEISTUNGEN:
	VI35 - Endoskopie

3	AMBULANTE ENDOSKOPIEN DES OBEREN UND UNTEREN GASTROINTESTINALTRAKTES
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

4	CHRONISCH ENTZÜNDLICHE DARMERKRANKUNGEN
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

5	HEPATOLOGISCHE AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

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

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

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

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)				
Gesamt:	9,96		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*40,00*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	9,96	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,99	**Stationär:**	7,97
			Fälle je Anzahl:	370,6

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:	4,49			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	4,49	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,89	**Stationär:**	3,60
			Fälle je Anzahl:	820,6

B-[2].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Proktologie

B-[2].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	28,02			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	28,02	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	28,02
			Fälle je Anzahl:	105,4

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN	
Gesamt:	0,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	Wundmanagement
3	Palliative Care

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

B-[3] Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Straße:	Wielandstraße
Hausnummer:	28
PLZ:	32545
Ort:	Bad Oeynhausen
URL:	http://muehlenkreiskliniken.de

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. Klaus Frommhold, Chefarzt
Telefon:	05731 77 1404
Fax:	05731 77 1458
E-Mail:	klaus.frommhold@muehlenkreiskliniken.de
Adresse:	Wielandstraße 28
PLZ/Ort:	32545 Bad Oeynhausen
URL:	http://muehlenkreiskliniken.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Palliativmedizin
2	Spezialsprechstunde *Proktologie; Stoma-Probleme (s.a. MP 45)*
3	Behandlung des Rektumprolaps
4	multiviszerale Resektionen *z.B. bei Ovarial-CA gemeinsam mit gynäkologischer Abteilung*
5	Minimalinvasive laparoskopische Operationen *an den Verdauungsorganen inkl. Leber und Milz, bei Hernien*
6	Behandlung von Dekubitalgeschwüren *inkl. Vakuumtherapie*

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
7	Minimalinvasive endoskopische Operationen *z.B. Rektum (TEM)*
8	Endokrine Chirurgie *Schilddrüse und Nebenschilddrüse*
9	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie *inklusive Tumore*
10	Thorakoskopische Eingriffe *z.B. bei unklarem Rundherd, Pneumothorax*
11	Portimplantation
12	Tumorchirurgie *bei allen Tumoren der Verdauungsorgane*
13	Magen-Darm-Chirurgie *z. B. Hernienchirurgie, Koloproktologie*
14	Nierenchirurgie
15	laparoskopische Antireflux-Chirurgie
16	Interdisziplinäre Tumornachsorge

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	848
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	44
2	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	38
3	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	32
4	A46	Erysipel [Wundrose]	30
5	K35.8	Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet	29
6	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	28

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
7	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	23
8	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	21
9	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	21
10	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	20
11	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	18
12	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	16
13	E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	16
14	K35.31	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur	16
15	K56.0	Paralytischer Ileus	15
16	K59.0	Obstipation	14
17	L05.0	Pilonidalzyste mit Abszess	12
18	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	12
19	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	12
20	K61.2	Anorektalabszess	10
21	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	10
22	K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	9
23	K81.0	Akute Cholezystitis	9
24	L02.4	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten	9
25	L72.1	Trichilemmalzyste	9
26	L02.3	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Gesäß	9
27	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	8
28	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	8
29	L02.2	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf	8
30	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	8

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	K80	Cholelithiasis	112
2	K35	Akute Appendizitis	69

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
3	K40	Hernia inguinalis	68
4	K56	Paralytischer Ileus und intestinale Obstruktion ohne Hernie	59
5	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	56
6	K43	Hernia ventralis	36
7	K57	Divertikulose des Darmes	30
8	A46	Erysipel [Wundrose]	30
9	L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	27
10	E04	Sonstige nichttoxische Struma	23

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	111
2	8-020.x	Therapeutische Injektion: Sonstige	110
3	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	109
4	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	66
5	5-983	Reoperation	55
6	5-470.11	Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	51
7	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	45
8	5-916.a5	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend subfaszial an der Bauchwand oder im Bereich von Nähten der Faszien bzw. des Peritoneums	44
9	5-98c.0	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, offen chirurgisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	40
10	3-13b	Magen-Darm-Passage (fraktioniert)	39
11	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	36
12	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	35
13	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	35

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
14	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	33
15	5-896.1b	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	30
16	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	29
17	5-069.40	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	25
18	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	25
19	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	25
20	5-98c.1	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Lineares Klammernahtgerät, laparoskopisch oder thorakoskopisch, für die intrathorakale oder intraabdominale Anwendung	23
21	9-401.22	Psychosoziale Interventionen: Nachsorgeorganisation: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	22
22	5-900.1b	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Sekundärnaht: Bauchregion	21
23	5-541.2	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	20
24	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	20
25	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	19
26	8-607.x	Hypothermiebehandlung: Sonstige	18
27	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt	17
28	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	17
29	8-390.x	Lagerungsbehandlung: Sonstige	17
30	1-654.1	Diagnostische Rektoskopie: Mit starrem Instrument	17

B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-916	Temporäre Weichteildeckung	175
2	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	148

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
3	5-511	Cholezystektomie	120
4	8-020	Therapeutische Injektion	110
5	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	108
6	5-469	Andere Operationen am Darm	90

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VC21 - Endokrine Chirurgie
	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	VC24 - Tumorchirurgie
	minimalinvasive laparoskopische oder endoskopische Chirurgie: z. B. bei Refluxerkrankungen, krankheiten der Leber

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	47
2	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	44
3	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	17
4	5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	10
5	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	5
6	5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	< 4
7	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
8	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	< 4
9	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4
10	5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	< 4

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

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

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)				
Gesamt:	4,97		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*40,00*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	4,97	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,99	**Stationär:**	3,98
			Fälle je Anzahl:	213,1

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:	3,97			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	3,97	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,79	**Stationär:**	3,18
			Fälle je Anzahl:	266,7

B-[3].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[3].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	18,37			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	18,37	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	18,37
			Fälle je Anzahl:	46,2

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN	
Gesamt:	0,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Palliative Care

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

B-[4] Klinik für Gefäßchirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Gefäßchirurgie
Straße:	Wielandstraße
Hausnummer:	28
PLZ:	32545
Ort:	Bad Oeynhausen
URL:	http://www.muehlenkreiskliniken.de

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1800) Gefäßchirurgie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. Heinrich Walter, Chefarzt
Telefon:	05731 77 1404
Fax:	05731 77 1458
E-Mail:	heinrich.walter@muehlenkreiskliniken.de
Adresse:	Wielandstraße 28
PLZ/Ort:	32545 Bad Oeynhausen
URL:	http://www.muehlenkreiskliniken.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
	In Kooperation mit dem Herz- und Diabeteszentrum NRW und dem MKK Johannes Wesling Klinikum Minden
2	Schrittmachereingriffe
3	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
4	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
5	Defibrillatoreingriffe
6	Aortenaneurysmachirurgie
7	Spezialsprechstunde
8	Chirurgische Intensivmedizin
9	Notfallmedizin
10	Amputationschirurgie
11	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
	Alle Gefäßabschnitte (außer offen thorakal)
12	Duplexsonographie
13	Wundheilungsstörungen
14	Arteriographie
15	Native Sonographie
16	Eindimensionale Dopplersonographie
17	Interventionelle Radiologie
18	Phlebographie
19	Portimplantation
20	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
	In Kooperation mit dem Herz- und Diabeteszentrum NRW und dem MKK Johannes Wesling Klinikum Minden
21	Dialyseshuntchirurgie

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	890
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m	218
2	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	117
3	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	77
4	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz	45
5	I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur	39
6	I74.3	Embolie und Thrombose der Arterien der unteren Extremitäten	31
7	E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet	26
8	T82.5	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen	23
9	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	19
10	T87.4	Infektion des Amputationsstumpfes	16
11	I83.2	Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung	15
12	I72.3	Aneurysma und Dissektion der A. iliaca	14
13	I83.9	Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung	13
14	I72.4	Aneurysma und Dissektion einer Arterie der unteren Extremität	12
15	A46	Erysipel [Wundrose]	12
16	I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis	12
17	T82.7	Infektion und entzündliche Reaktion durch sonstige Geräte, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	11
18	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	10
19	T82.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	10
20	T87.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Komplikationen am Amputationsstumpf	9
21	I73.0	Raynaud-Syndrom	8

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
22	I71.3	Aneurysma der Aorta abdominalis, rupturiert	8
23	E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet	8
24	T82.3	Mechanische Komplikation durch sonstige Gefäßtransplantate	8
25	T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	7
26	S75.0	Verletzung der A. femoralis	7
27	I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur	6
28	T87.5	Nekrose des Amputationsstumpfes	6
29	T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	5
30	I74.2	Embolie und Thrombose der Arterien der oberen Extremitäten	4

B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	I70	Atherosklerose	465
2	I71	Aortenaneurysma und -dissektion	59
3	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	55
4	I74	Arterielle Embolie und Thrombose	38
5	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	36
6	I72	Sonstiges Aneurysma und sonstige Dissektion	34
7	I83	Varizen der unteren Extremitäten	31
8	T87	Komplikationen, die für Replantation und Amputation bezeichnend sind	31
9	N18	Chronische Nierenkrankheit	21
10	T81	Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	15

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-020.x	Therapeutische Injektion: Sonstige	440
2	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	133
3	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	98
4	5-865.7	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	96

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
5	5-388.70	Naht von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	94
6	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	94
7	5-896.1g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß	85
8	5-930.4	Art des Transplantates: Alloplastisch	85
9	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	78
10	5-380.70	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	77
11	5-866.5	Revision eines Amputationsgebietes: Fußregion	76
12	5-896.1f	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	60
13	5-381.70	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	60
14	1-710	Ganzkörperplethysmographie	59
15	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	51
16	5-380.72	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. poplitea	50
17	5-386.a5	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	49
18	5-98a.0	Hybridtherapie: Anwendung der Hybridchirurgie	48
19	5-983	Reoperation	43
20	5-380.54	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	40
21	5-38a.c0	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta abdominalis: Stent-Prothese, ohne Öffnung	40
22	5-896.0g	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kleinflächig: Fuß	39
23	5-394.2	Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates	39
24	5-386.a6	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Oberflächliche Venen: Unterschenkel und Fuß	37
25	5-380.53	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis	37
26	5-930.01	Art des Transplantates: Autogen: Mit externer In-vitro-Aufbereitung	37
27	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	36

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
28	8-836.0q	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention: Angioplastie (Ballon): Andere Arterien abdominal und pelvin	32
29	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	32
30	5-896.1c	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Leisten- und Genitalregion	31

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-020	Therapeutische Injektion	440
2	5-380	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen	311
3	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	270
4	5-916	Temporäre Weichteildeckung	257
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	190

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	Diagnostik und Therapie von Gefäßerkrankungen

3	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

4	GEFÄß-AMBULANZ
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	Diagnostik und therapie von Gefäßerkrankungen

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-385	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen	63
2	5-392	Anlegen eines arteriovenösen Shuntes	14
3	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	8

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

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

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)				
Gesamt:	6,72		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*40,00*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,72	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,34	**Stationär:**	5,38
			Fälle je Anzahl:	165,4

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:	4,97			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	4,97	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,99	**Stationär:**	3,98
			Fälle je Anzahl:	223,6

B-[4].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[4].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	27,37			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	27,37	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	27,37
			Fälle je Anzahl:	32,5

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN	
Gesamt:	0,00

Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Palliative Care
3	Gefäßassistent und Gefäßassistentin DGG®

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

B-[5] Klinik für Unfallchirurgie und Handchirurgie

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Unfallchirurgie und Handchirurgie
Straße:	Wielandstraße
Hausnummer:	28
PLZ:	32545
Ort:	Bad Oeynhausen
URL:	http://www.muehlenkreiskliniken.de

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(1600) Unfallchirurgie

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. Mirko Schneider, Chefarzt
Telefon:	05731 77 1423
Fax:	05731 77 1424
E-Mail:	mirko.schneider@muehlenkreiskliniken.de
Adresse:	Wielandstraße 28
PLZ/Ort:	32545 Bad Oeynhausen
URL:	http://www.muehlenkreiskliniken.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
2	Handchirurgie
3	Fußchirurgie
4	Sportmedizin/Sporttraumatologie
5	Schulterchirurgie
6	Wirbelsäulenchirurgie
	Kyphoplastie
7	Verbrennungschirurgie
8	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
9	Chirurgie der peripheren Nerven
10	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
11	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
12	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
14	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
15	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
17	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
18	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
19	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
20	Endoprothetik
21	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
22	Kinderorthopädie
23	Traumatologie
24	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
25	Spezialsprechstunde
26	Kindertraumatologie
27	Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen
	Kinderorthopädie
28	Arthroskopische Operationen

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
29	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
30	Notfallmedizin
31	Chirurgische Intensivmedizin
32	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
33	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
34	Spezialsprechstunde
35	Rheumachirurgie
36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
37	Wundheilungsstörungen
38	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
39	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
40	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
42	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
43	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
44	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
45	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
46	Septische Knochenchirurgie
47	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
48	Operationen wegen Thoraxtrauma
49	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
50	Amputationschirurgie
51	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
52	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
53	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
54	Metall-/Fremdkörperentfernungen
55	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
56	Bandrekonstruktionen/Plastiken

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1791
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	S06.0	Gehirnerschütterung	129
2	S52.51	Distale Fraktur des Radius: Extensionsfraktur	75
3	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	54
4	S42.21	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Kopf	38
5	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	38
6	S83.53	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Riss des vorderen Kreuzbandes	37
7	S72.11	Femurfraktur: Intertrochantär	35
8	F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	34
9	M54.4	Lumboischialgie	32
10	L03.10	Phlegmone an der oberen Extremität	30
11	S82.6	Fraktur des Außenknöchels	28
12	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	27
13	L03.11	Phlegmone an der unteren Extremität	23
14	S20.2	Prellung des Thorax	23
15	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	22
16	S30.0	Prellung der Lumbosakralgegend und des Beckens	21
17	S32.81	Fraktur: Os ischium	20
18	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	18
19	S52.6	Distale Fraktur der Ulna und des Radius, kombiniert	17
20	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	17
21	S92.3	Fraktur der Mittelfußknochen	17
22	S82.82	Trimalleolarfraktur	17
23	S00.05	Oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut: Prellung	16
24	S22.42	Rippenserienfraktur: Mit Beteiligung von zwei Rippen	15

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
25	M18.1	Sonstige primäre Rhizarthrose	14
26	S13.4	Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	13
27	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	13
28	M21.61	Erworbener Knick-Plattfuß [Pes planovalgus]	13
29	M51.1	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	13
30	S72.2	Subtrochantäre Fraktur	13

B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	S72	Fraktur des Femurs	146
2	S06	Intrakranielle Verletzung	142
3	S52	Fraktur des Unterarmes	141
4	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	101
5	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	93
6	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	67
7	M75	Schulterläsionen	66
8	L03	Phlegmone	62
9	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	60
10	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	50

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-020.x	Therapeutische Injektion: Sonstige	402
2	5-983	Reoperation	104
3	5-869.2	Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einbringen von Fixationsmaterial am Knochen bei Operationen am Weichteilgewebe	101
4	5-794.k6	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	95
5	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	91
6	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	89
7	5-900.04	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Sonstige Teile Kopf	79

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
8	8-547.31	Andere Immuntherapie: Immunsuppression: Sonstige Applikationsform	59
9	5-814.3	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	59
10	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	45
11	5-790.5f	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Femur proximal	41
12	5-805.7	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht	41
13	5-916.a1	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Tiefreichend, subfaszial oder an Knochen und/oder Gelenken der Extremitäten	36
14	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik vorderes Kreuzband mit sonstiger autogener Sehne	34
15	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	34
16	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	34
17	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	33
18	5-786.k	Osteosyntheseverfahren: Durch winkelstabile Platte	31
19	5-820.41	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	30
20	5-786.1	Osteosyntheseverfahren: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage	28
21	5-794.2r	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	26
22	1-854.7	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels: Kniegelenk	25
23	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	24
24	5-824.21	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Invers	22
25	5-811.2h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	22
26	8-191.5	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen: Hydrokolloidverband	22
27	5-812.7	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	21

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
28	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	20
29	5-900.09	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut: Primärnaht: Hand	19
30	5-796.k0	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Klavikula	19

B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-020	Therapeutische Injektion	406
2	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	321
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	256
4	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	141
5	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	140
6	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	126

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)
	es werden alle unter B-[5].2 genannten Leistungen erbracht

2	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

3	D-ARZT-/BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE AMBULANZ
	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
	es werden alle unter B-[5].2 genannten Leistungen erbracht

4	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	es werden alle unter B-[5].2 genannten Leistungen erbracht

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	87
2	5-056	Neurolyse und Dekompression eines Nerven	75
3	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	61
4	5-849	Andere Operationen an der Hand	41
5	5-841	Operationen an Bändern der Hand	36
6	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	36
7	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	36
8	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	25
9	5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	22
10	5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	16

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

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)				
Gesamt:	8,66		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*40,00*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	8,66	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,73	**Stationär:**	6,93
			Fälle je Anzahl:	258,4

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:	6,58			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,58	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,31	**Stationär:**	5,27
			Fälle je Anzahl:	339,8

B-[5].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Handchirurgie
2	Kinder-Orthopädie
3	Plastische Operationen
4	Spezielle Unfallchirurgie

B-[5].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	36,97			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	36,97	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	36,97
			Fälle je Anzahl:	48,4

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

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

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Palliative Care

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

B-[6] Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Straße:	Wielandstraße
Hausnummer:	28
PLZ:	32545
Ort:	Bad Oeynhausen
URL:	http://www.muehlenkreiskliniken.de

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(2400) Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	(2500) Geburtshilfe

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. Manfred Schmitt, Chefarzt
Telefon:	05731 77 1433
Fax:	05731 77 1432
E-Mail:	manfred.schmitt@muehlenkreiskliniken.de
Adresse:	Wielandstraße 28
PLZ/Ort:	32545 Bad Oeynhausen
URL:	http://www.muehlenkreiskliniken.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Gynäkologische Chirurgie
2	Inkontinenzchirurgie
3	Geburtshilfliche Operationen
4	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
5	Endoskopische Operationen
6	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
7	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
8	Betreuung von Risikoschwangerschaften
9	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
10	Geburtshilfe
11	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
12	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
13	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
14	Urogynäkologie

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
15	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
16	Spezialsprechstunde

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	1801
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	Z38.0	Einling, Geburt im Krankenhaus	532
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	81
3	O70.0	Dammriss 1. Grades unter der Geburt	76
4	O68.0	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz	55
5	O70.1	Dammriss 2. Grades unter der Geburt	53
6	O20.0	Drohender Abort	53
7	O21.1	Hyperemesis gravidarum mit Stoffwechselstörung	32
8	O42.0	Vorzeitiger Blasensprung, Wehenbeginn innerhalb von 24 Stunden	32
9	O60.0	Vorzeitige Wehen ohne Entbindung	31
10	N83.2	Sonstige und nicht näher bezeichnete Ovarialzysten	30
11	O26.88	Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind	29
12	R10.3	Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches	27
13	O48	Übertragene Schwangerschaft	26
14	O34.2	Betreuung der Mutter bei Uterusnarbe durch vorangegangenen chirurgischen Eingriff	23
15	O26.81	Nierenkrankheit, mit der Schwangerschaft verbunden	23
16	O69.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurumschlingung des Halses mit Kompression der Nabelschnur	22
17	D25.1	Intramurales Leiomyom des Uterus	21
18	O03.4	Spontanabort: Inkomplett, ohne Komplikation	19

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
19	O47.1	Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen	19
20	O68.1	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Mekonium im Fruchtwasser	17
21	O71.4	Hoher Scheidenriss unter der Geburt	17
22	O28.8	Sonstige abnorme Befunde bei der pränatalen Screeninguntersuchung der Mutter	17
23	O35.8	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) sonstige Anomalie oder Schädigung des Fetus	17
24	O36.5	Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung	16
25	O98.8	Sonstige infektiöse und parasitäre Krankheiten der Mutter, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren	14
26	Z38.3	Zwilling, Geburt im Krankenhaus	14
27	O64.0	Geburtshindernis durch unvollständige Drehung des kindlichen Kopfes	14
28	D27	Gutartige Neubildung des Ovars	14
29	O68.2	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz mit Mekonium im Fruchtwasser	13
30	O75.7	Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung	12

B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	Z38	Lebendgeborene nach dem Geburtsort	550
2	O70	Dammriss unter der Geburt	134
3	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch fetalen Distress [fetal distress] [fetaler Gefahrenzustand]	85
4	O80	Spontangeburt eines Einlings	81
5	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	58
6	O20	Blutung in der Frühschwangerschaft	57
7	N83	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars, der Tuba uterina und des Lig. latum uteri	42
8	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	38
9	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	37
10	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Anomalie der Beckenorgane	35

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	9-262.0	Postnatale Versorgung des Neugeborenen: Routineversorgung	538
2	1-208.8	Registrierung evozierter Potentiale: Otoakustische Emissionen [OAE]	536
3	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	326
4	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	209
5	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	189
6	5-738.0	Episiotomie und Naht: Episiotomie	154
7	5-758.3	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	82
8	8-515	Partus mit Manualhilfe	78
9	5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär	68
10	5-690.0	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	59
11	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	57
12	5-758.2	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	57
13	5-749.0	Andere Sectio caesarea: Resectio	56
14	5-758.4	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	55
15	5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	55
16	8-020.x	Therapeutische Injektion: Sonstige	45
17	5-683.01	Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	40
18	5-651.92	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	27
19	5-728.0	Vakuumentbindung: Aus Beckenausgang	25
20	5-756.1	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal): Instrumentell	24
21	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	23
22	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	18
23	5-681.4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Morcellieren des Uterus als Vorbereitung zur Uterusexstirpation	18

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
24	5-758.0	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Cervix uteri	17
25	5-728.1	Vakuumentbindung: Aus Beckenmitte	17
26	5-657.92	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)	15
27	9-280.0	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes: Mindestens 3 bis höchstens 6 Tage	14
28	5-690.1	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	14
29	9-280.1	Stationäre Behandlung vor Entbindung während desselben Aufenthaltes: Mindestens 7 bis höchstens 13 Tage	14
30	5-756.0	Entfernung zurückgebliebener Plazenta (postpartal): Manuell	12

B-[6].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	9-262	Postnatale Versorgung des Neugeborenen	548
2	1-208	Registrierung evozierter Potentiale	536
3	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	326
4	5-758	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]	221
5	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	209
6	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung [Amniotomie]	189
7	5-738	Episiotomie und Naht	155
8	5-740	Klassische Sectio caesarea	123
9	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	78

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	NOTFALLAMBULANZ (24H)
	Notfallambulanz (24h)

2	ERMÄCHTIGUNG ZUR AMBULANTEN BEHANDLUNG NACH § 116 SGB V BZW. § 31A ABS. 1 ÄRZTE-ZV (BESONDERE UNTERSUCHUNGS- UND BEHANDLUNGSMETHODEN ODER KENNTNISSE VON KRANKENHAUSÄRZTEN UND KRANKENHAUSÄRZTINNEN)
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

3	CHEFARZTSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz

4	KREIßSAALAMBULANZ
	Privatambulanz

5	GEBURTSPLANUNGSSPRECHSTUNDE
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-690	Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]	106
2	1-672	Diagnostische Hysteroskopie	61
3	1-694	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	38
4	5-651	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe	31
5	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	20
6	1-471	Biopsie ohne Inzision am Endometrium	9
7	5-702	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes	5
8	5-691	Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	4
9	5-469	Andere Operationen am Darm	4
10	5-657	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung	4

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

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

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)				
Gesamt:	6,00		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*40,00*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,20	**Stationär:**	4,80
			Fälle je Anzahl:	375,2

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:	4,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	4,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,80	**Stationär:**	3,20
			Fälle je Anzahl:	562,8

B-[6].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[6].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	10,86			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	10,86	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	10,86
			Fälle je Anzahl:	165,8

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	7,44			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	7,44	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	7,44
			Fälle je Anzahl:	242,1

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Palliative Care

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

B-[7] Institut für Anästhesie und Intensivmedizin

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Anästhesie und Intensivmedizin
Straße:	Wielandstraße
Hausnummer:	28
PLZ:	32545
Ort:	Bad oeynhausen
URL:	http://www.muehlenkreiskliniken.de

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. Mathias Emmerich, Chefarzt
Telefon:	05731 77 1472
Fax:	05731 77 1473
E-Mail:	mathias.Emmerich@muehlenkreiskliniken.de
Adresse:	Wielandstraße 28
PLZ/Ort:	32545 Bad oeynhausen
URL:	http://www.muehlenkreiskliniken.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Intensivmedizin *Praktische Anwendung/Umsetzung moderner Therapiekonzepte, z. B. early goal directed Sepsistherapie, sepsis bundles, Leitlinien-gesteuerte Antibiotikatherapie, BZ-Kontrolle, kontinuierliche veno-venöse Nierenersatzverfahren, lungenprotektive Beatmung, mikrobiologisches Screening und Monitorin...*
2	Durchführung von Allgemeinanästhesie *Patienten aller Altersstufen und Schweregrade als balancierte Anästhesien im low flow-minal flow Bereich bzw. TIVA, Relaxometrie und Wärmegeräte in allen OP-Sälen, nicht-invasives bzw. invasisves Monitoring in allen Arbeitsbereichen entsprechend DGAI-Empfehlung*
3	Anlage peripherer Schmerzblockaden, auch mit Kathetertechnik *Anlage mit Nervenstimulations-Technik bzw. sonographiegesteuert, z.B. N. fem. Katheter, N. ischaidicus Blockaden, axilläre und interskalenäre Plexusblockaden bzw. Katheter*
4	Notfallmedizin *Abteilung stellt den Verantwortlichen des Notarztwagen-Stützpunktes Bad Oeynhausen, regelmäßige Teilnahme am NAW-Dienst*
5	Durchführung von Regionalanästhesien *Patienten aller Altersstufen und Schweregrade als Spinalanästhesie, Periduralanästhesie, Plexusblockaden interskalenär, axillär, VIP, Fußblock, periphere Blockaden*
6	Perioperative Schmerztherapie *Hausinterne Standards für alle operativen Abteilungen, Akut-Schmerzdienst*

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
7	OP-Koordination
	Abteilung stellt den OP-Koordinator

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[7].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	720
2	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	406
3	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	355
4	8-931.1	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Mit kontinuierlicher reflektionsspektrometrischer Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	133
5	8-701	Einfache endotracheale Intubation	123
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	112
7	8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]	109
8	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	98
9	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	96
10	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	77

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
11	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	50
12	8-779	Andere Reanimationsmaßnahmen	46
13	8-980.11	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	38
14	8-915	Injektion und Infusion eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie	29
15	8-700.0	Offenhalten der oberen Atemwege: Durch oropharyngealen Tubus	25
16	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes	24
17	8-918.14	Multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 56 Therapieeinheiten, davon mindestens 14 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	21
18	8-980.20	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	16
19	8-918.12	Multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon mindestens 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	16
20	8-980.21	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte	11
21	8-918.13	Multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Mindestens 56 Therapieeinheiten, davon weniger als 14 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	8
22	8-700.x	Offenhalten der oberen Atemwege: Sonstige	6
23	8-980.30	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte	5
24	8-980.51	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2209 bis 2760 Aufwandspunkte: 2485 bis 2760 Aufwandspunkte	4
25	8-980.40	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1657 bis 1932 Aufwandspunkte	4
26	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	3
27	8-918.02	Multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon mindestens 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren	3
28	8-980.60	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2761 bis 3680 Aufwandspunkte: 2761 bis 3220 Aufwandspunkte	3

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
29	8-716.01	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Ersteinstellung: Invasive häusliche Beatmung nach erfolgloser Beatmungsentwöhnung	3
30	8-716.11	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung: Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten häuslichen Beatmung: Invasive häusliche Beatmung	3

B-[7].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	720
2	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	588
3	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	355
4	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	231
5	8-701	Einfache endotracheale Intubation	123
6	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	112
7	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	109
8	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	77
9	8-918	Multimodale Schmerztherapie	50
10	8-771	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation	50

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)				
Gesamt:	14,11		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*40,00*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	14,11	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	2,82	**Stationär:**	11,29
			Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:	6,69			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	6,69	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	1,33	**Stationär:**	5,36
			Fälle je Anzahl:	0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)	
Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

B-[7].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

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

B-[7].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	10,33			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	10,33	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	10,33
			Fälle je Anzahl:	0,0

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00

Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

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

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Hygienebeauftragte in der Pflege

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Basale Stimulation
2	Wundmanagement
3	Palliative Care

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

B-[8] Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

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

Abteilungsart:	Belegabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Straße:	Wielandstraße
Hausnummer:	28
PLZ:	32545
Ort:	Bad Oeynhausen
URL:	http://www.muehlenkreiskliniken.de

B-[8].1.1 Fachabteilungsschlüssel

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

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Dr. Karl-Werner Schleinig, Leiter
Telefon:	05731 22828
Fax:	
E-Mail:	christine.teichert@muehlenkreiskliniken.de
Adresse:	Wielandstraße 28
PLZ/Ort:	32545 Bad Oeynhausen
URL:	http://www.muehlenkreiskliniken.de

Name/Funktion:	Dr. Steffen Keller, Belegarzt
Telefon:	05731 29351
Fax:	
E-Mail:	christine.teichert@muehlenkreiskliniken.de
Adresse:	Wielandstraße 28
PLZ/Ort:	32545 Bad Oeynhausen
URL:	http://www.muehlenkreiskliniken.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
2	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
3	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
4	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
5	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
7	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
8	Schnarchoperationen
9	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
10	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
12	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
15	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
16	Schwindeldiagnostik/-therapie
17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
18	Mittelohrchirurgie
19	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
20	Diagnostik und Therapie von Allergien
21	Interdisziplinäre Tumornachsorge
22	Spezialsprechstunde

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	5
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[8].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	J35.0	Chronische Tonsillitis	5

B-[8].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	J35	Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	5

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-282.0	Tonsillektomie mit Adenotomie: Mit Dissektionstechnik	5

B-[8].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-282	Tonsillektomie mit Adenotomie	5

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	5-285	Adenotomie (ohne Tonsillektomie)	10

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

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

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-[8].11.1 Ärzte und Ärztinnen

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)	
Anzahl in Personen:	4
Fälle je Anzahl:	1,3

B-[8].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

B-[8].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[8].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:
38,50

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:	0,04			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,04	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,04
			Fälle je Anzahl:	125,0

KRANKENPFLEGEHELFER UND KRANKENPFLEGEHELFERINNEN (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

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

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

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

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

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

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Wundmanagement
2	Palliative Care

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

B-[9] Institut für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Hygiene, Umweltmedizin und Transfusionsmedizin

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Hygiene, Umweltmedizin und Transfusionsmedizin
Straße:	Wielandstraße
Hausnummer:	28
PLZ:	32545
Ort:	Bad Oeynhausen
URL:	http://www.muehlenkreiskliniken.de

B-[9].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. Franz-Josef Schmitz, Chefarzt
Telefon:	0571 790 4801
Fax:	0571 790 294800
E-Mail:	carola.seidel-schmoee@muehlenkreiskliniken.de
Adresse:	Wielandstraße 28
PLZ/Ort:	32545 Bad Oeynhausen
URL:	http://www.muehlenkreiskliniken.de

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

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

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

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[9].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[9].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	597
2	8-800.c1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 6 TE bis unter 11 TE	101
3	8-812.60	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 1 TE bis unter 6 TE	75
4	8-800.c2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 11 TE bis unter 16 TE	23
5	8-812.61	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 6 TE bis unter 11 TE	20
6	8-812.50	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 500 IE bis unter 1.500 IE	15
7	8-800.c3	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 16 TE bis unter 24 TE	14
8	8-812.51	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 1.500 IE bis unter 2.500 IE	10
9	8-800.g1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 2 Thrombozytenkonzentrate	6
10	8-803.2	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut: Maschinelle Autotransfusion (Cell-Saver) ohne Bestrahlung	5
11	8-810.j5	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 2,0 g bis unter 3,0 g	4
12	8-812.52	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 2.500 IE bis unter 3.500 IE	4
13	8-812.62	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 11 TE bis unter 21 TE	4
14	8-800.f1	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 2 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	3
15	8-810.j4	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 1,0 g bis unter 2,0 g	3

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
16	8-800.g2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 3 Thrombozytenkonzentrate	3
17	8-800.g0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 1 Thrombozytenkonzentrat	3
18	8-800.0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Vollblut, 1-5 TE	2
19	8-812.53	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 3.500 IE bis unter 4.500 IE	1
20	8-810.x	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Sonstige	1
21	8-812.64	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma: 31 TE oder mehr	1
22	8-800.60	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate: 1 patientenbezogenes Thrombozytenkonzentrat	1
23	8-800.g5	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Thrombozytenkonzentrat: 6 bis unter 8 Thrombozytenkonzentrate	1
24	8-800.f4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 5 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	1
25	8-810.j7	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 4,0 g bis unter 5,0 g	1
26	8-800.x	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Sonstige	1
27	8-812.18	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Interferon alfa-2a, parenteral: 300 Mio. IE bis unter 350 Mio. IE	1
28	8-800.f2	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Apherese-Thrombozytenkonzentrat: 3 Apherese-Thrombozytenkonzentrate	1
29	8-812.54	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex: 4.500 IE bis unter 5.500 IE	1
30	8-800.c4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 24 TE bis unter 32 TE	1

B-[9].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	765
2	8-812	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	132
3	8-810	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen	9
4	8-803	Gewinnung und Transfusion von Eigenblut	5

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

B-[9].11 Personelle Ausstattung

B-[9].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)				
Gesamt:	0,00		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*40,00*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)	
Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

B-[9].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

B-[9].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[9].11.2 Pflegepersonal

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

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

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

B-[10] Institut für Diagnostische Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin

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

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Institut für Diagnostische Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin
Straße:	Wielandstraße

Hausnummer:	28
PLZ:	32549
Ort:	Bad Oeynhausen
URL:	http://www.muehlenkreiskliniken.de

B-[10].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3700) Sonstige Fachabt.

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

Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte:

Name/Funktion:	Prof. Dr. Wolf-Dieter Reinbold, Chefarzt
Telefon:	0571 790 4601
Fax:	
E-Mail:	wolf-dieter.reinbold@muehlenkreiskliniken.de
Adresse:	Wielandstraße 28
PLZ/Ort:	32549 Bad Oeynhausen
URL:	http://www.muehlenkreiskliniken.de

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

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

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

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
1	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
	DXA, QCT
2	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3	Konventionelle Röntgenaufnahmen
	digital
4	Quantitative Bestimmung von Parametern

	MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE
5	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
6	Teleradiologie
7	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
	digital
8	Computertomographie (CT), nativ
9	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
	digital
10	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
11	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
12	Arteriographie
	zusätzlich interventionelle Maßnahmen (PTA, Stents)
13	Phlebographie
	digital

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

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

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[10].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[10].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[10].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1711
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	768
3	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	739
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	623
5	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	564
6	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	502

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
7	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	423
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	397
9	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	238
10	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	160
11	3-206	Native Computertomographie des Beckens	140
12	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	139
13	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	82
14	3-202	Native Computertomographie des Thorax	71
15	3-207	Native Computertomographie des Abdomens	41
16	3-221	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel	34
17	3-802	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	34
18	3-606	Arteriographie der Gefäße der oberen Extremitäten	32
19	3-223	Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	25
20	3-227	Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	24
21	3-601	Arteriographie der Gefäße des Halses	17
22	3-806	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems	15
23	3-602	Arteriographie des Aortenbogens	13
24	3-600	Arteriographie der intrakraniellen Gefäße	9
25	3-60x	Andere Arteriographie	6
26	3-701	Szintigraphie der Schilddrüse	6
27	3-24x	Andere Computertomographie-Spezialverfahren	5
28	3-613	Phlebographie der Gefäße einer Extremität	5
29	3-611.0	Phlebographie der Gefäße von Hals und Thorax: Obere Hohlvene	4
30	3-705.1	Szintigraphie des Muskel-Skelett-Systems: Mehr-Phasen-Szintigraphie	4

B-[10].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
1	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	1711
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	768

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHI
3	3-226	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel	739
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	623
5	3-607	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten	564
6	3-605	Arteriographie der Gefäße des Beckens	502
7	3-604	Arteriographie der Gefäße des Abdomens	423
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	397
9	3-205	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems	238
10	3-228	Computertomographie der peripheren Gefäße mit Kontrastmittel	160

B-[10].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	CT-UNTERSUCHUNGEN
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
	Tumordiagnostik, Wirbelsäulendiagnostik

2	ARTERIOGRAPHIEN
	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
	LEISTUNGEN:
	VR15 - Arteriographie
	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
	Diagnostik bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit

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

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

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

B-[10].11 Personelle Ausstattung

B-[10].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ÄRZTE UND ÄRZTINNEN INSGESAMT (OHNE BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN)				
Gesamt:	0,00		Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	*40,00*
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTE UND FACHÄRZTINNEN				
Gesamt:	0,00			
Beschäftigungs-verhältnis:	**Mit:**	0,00	**Ohne:**	0,00
Versorgungsform:	**Ambulant:**	0,00	**Stationär:**	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

BELEGÄRZTE UND BELEGÄRZTINNEN (NACH § 121 SGB V)	
Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

B-[10].11.1.1 Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

B-[10].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[10].11.2 Pflegepersonal

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

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

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

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
1	Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	25	100
2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	*Datenschutz*	*Datenschutz*
3	Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation (09/3)	5	100
4	Karotis-Revaskularisation (10/2)	9	100
5	Gynäkologische Operationen (15/1)	86	101,2
6	Geburtshilfe (16/1)	616	99,7
7	Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	63	100
8	Mammachirurgie (18/1)	7	100
9	Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	242	100
10	Hüftendoprothesenve (HEP)	69	100

	LEISTUNGSBEREICH	FALLZAHL	DOKUMENTATIONSRATE (%)
11	Hüftendoprothesenve Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	68	100
12	Hüftendoprothesenve HüftEndoprothesenwe und -komponentenwechsel (HEP_WE)	*Datenschutz*	*Datenschutz*
13	Knieendoprothesenve (KEP)	26	100
14	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. KnieSchlittenprothese (KEP_IMP)	21	100
15	Knieendoprothesenve : Knieendoprothesenwe und -komponentenwechse (KEP_WE)	5	100
16	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	234	102,1

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

1	**Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers**	
	Ergebnis-ID	**52315**
	Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 3.00 %
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,34 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**H99** - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der PG-Leitfaden

2	**Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers**
Ergebnis-ID	**52311**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 3.00 %
Vertrauensbereich	1,36 % - 1,53 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**A41** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	🡻 verschlechtert

3	**Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt**
Ergebnis-ID	**54140**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen.Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	69 % - 95,66 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m90.00 %
Vertrauensbereich	98,46 % - 98,64 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	24
Grundgesamtheit	24
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**A41** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	🡻 verschlechtert

4	**Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)**
Ergebnis-ID	**51847**
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m90.00 %
Vertrauensbereich	96,23 % - 96,63 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**S99** - Sonstiges: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Aufklärung adäquat? fraglich ist, weshalb 69-jährige Pat. LL-gerechte Maßnahme ablehnt.

5	**Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)**
Ergebnis-ID	**52010**
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,01 % - 0,01 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**D50** - Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: Unvollzählige oder falsche Dokumentation
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

6	**Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht**
Ergebnis-ID	**54020**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	52,91 % - 97,76 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m90.00 %
Vertrauensbereich	97,75 % - 97,9 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	8
Grundgesamtheit	8
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**H99** - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der PG-Leitfaden

7	**Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht**
Ergebnis-ID	**54022**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	37,55 % - 96,38 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m86.00 %
Vertrauensbereich	92,87 % - 93,72 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	5
Grundgesamtheit	5
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**H99** - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
KOMMENTAR / ERLÄUTERUNG	
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes - bzw.Landesebene zuständigen Stelle	Anwendung der Ein-Fall-Regel gemäß Empfehlung der PG-Leitfaden

8	**Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht**

Ergebnis-ID	**54021**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	42,37 % - 87,32 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m90.00 %
Vertrauensbereich	96,17 % - 96,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	13
Grundgesamtheit	13
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**H20** - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

9	**Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)**	
	Ergebnis-ID	**54019**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	k 7.50 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	2,28 % - 2,42 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**U32** - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

10	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	**51404**
	Leistungsbereich	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	k 5.03 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,84 % - 1,11 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,02
	Grundgesamtheit	5
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

11	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)	
	Ergebnis-ID	**52139**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	60,46 % - 89,79 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	m60.00 %
	Vertrauensbereich	89,04 % - 89,45 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	22
	Erwartete Ereignisse	28
	Grundgesamtheit	28
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

12	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten	
	Ergebnis-ID	**52305**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	88,27 % - 97,73 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m90.00 %
Vertrauensbereich	95,66 % - 95,81 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	90
Erwartete Ereignisse	95
Grundgesamtheit	95
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

13	**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**
Ergebnis-ID	**2195**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 5.88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,93 % - 1,19 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	40
Grundgesamtheit	40
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

14	**Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten**
Ergebnis-ID	**54143**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen.Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 10.00 %
Vertrauensbereich	1,48 % - 1,66 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

15	**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation**
Ergebnis-ID	**2194**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 2.67 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

16	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	**51191**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	k 4.02 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,04 % - 1,17 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

17	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft	
	Ergebnis-ID	**52307**
	Leistungsbereich	Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	84,54 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	m95.00 %
	Vertrauensbereich	98,02 % - 98,22 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	21
	Erwartete Ereignisse	21
	Grundgesamtheit	21
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

18	**Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht**	
	Ergebnis-ID	**603**
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	m95.00 %
	Vertrauensbereich	98,78 % - 99,11 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

19	**Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht**	
	Ergebnis-ID	**604**
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m95.00 %
Vertrauensbereich	99,68 % - 99,87 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

20	**Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)**
Ergebnis-ID	**51437**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	m95.00 %
	Vertrauensbereich	98,02 % - 98,88 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert
21	**Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)**	
	Ergebnis-ID	**51443**
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m95.00 %
Vertrauensbereich	99,12 % - 99,72 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

22	**Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, erlitten einen Schlaganfall oder sind während der Operation verstorben. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt**
Ergebnis-ID	**52240**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	3,9 % - 10,96 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	0
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23	**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**
Ergebnis-ID	**11704**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 26,5 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 2.99 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,92 % - 1,08 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,07
Grundgesamtheit	4
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

24	**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**	
	Ergebnis-ID	**51873**
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 32,57 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	k 3.03 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,89 % - 1,12 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,06
	Grundgesamtheit	4
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

25	**Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis**	
	Ergebnis-ID	**60685**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	1,05 % - 1,25 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	39
	Grundgesamtheit	39
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

26	**Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis**	
	Ergebnis-ID	**60686**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 32,44 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 40.23 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	19,39 % - 20,68 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	8
Grundgesamtheit	8
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

27	**Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis**	
	Ergebnis-ID	**612**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	89,57 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m74.04 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	87,96 % - 88,59 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	33
Erwartete Ereignisse	33
Grundgesamtheit	33
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

28	**Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter**	
	Ergebnis-ID	**52283**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 5,27 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 4.94 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,38 % - 2,56 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	69
Grundgesamtheit	69
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

29	**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)**
Ergebnis-ID	**52249**
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,64 % - 0,88 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 1.23 (90. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 0,99 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	120
Erwartete Ereignisse	160,24
Grundgesamtheit	611
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

30	**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)**	
	Ergebnis-ID	**51831**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 22,64 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	k 6.00 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,95 % - 1,18 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,15
	Grundgesamtheit	25

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

31 Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, werden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium haben und bei denen die Brust nicht entfernt wird, sondern brusterhaltend operiert wird)

Ergebnis-ID	**50719**
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	5,42 % - 6,71 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

32 Die Feststellung, dass die Patientinnen und Patienten Brustkrebs haben, wurde vor der Behandlung durch eine Gewebeuntersuchung abgesichert

Ergebnis-ID	**51846**
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m90.00 %
Vertrauensbereich	97,34 % - 97,57 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	6
Grundgesamtheit	6
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

33	**Zwischen dem Zeitpunkt, wann der Brustkrebs festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage**
Ergebnis-ID	**51370**
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, könnte dies u. a. darauf hindeuten, dass die Möglichkeit der Selbstinformation, der Zweitmeinung, der ärztlichen Aufklärung und der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen zeitlich nicht voll ausgeschöpft werden konnte.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 43,45 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 16.36 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,85 % - 4,17 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	5
Grundgesamtheit	5
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

34	**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**
Ergebnis-ID	**52009**
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 2.31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	43
Erwartete Ereignisse	66,36
Grundgesamtheit	10666
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

35	**Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen**
Ergebnis-ID	**2005**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,42 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m95.00 %
Vertrauensbereich	98,45 % - 98,54 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	239
Erwartete Ereignisse	239
Grundgesamtheit	239
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

36	**Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)**
Ergebnis-ID	**2009**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	94,05 % - 98,88 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m90.00 %
Vertrauensbereich	95,01 % - 95,18 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	187
Erwartete Ereignisse	192
Grundgesamtheit	192
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

37 Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben

Ergebnis-ID	**2013**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	93,78 % - 99,51 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m90.00 %
Vertrauensbereich	93,74 % - 93,99 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	111
Erwartete Ereignisse	113
Grundgesamtheit	113

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

38	**Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt**	
	Ergebnis-ID	**2028**
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	94,48 % - 99,57 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	m95.00 %
	Vertrauensbereich	95,47 % - 95,66 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	126
	Erwartete Ereignisse	128
	Grundgesamtheit	128
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

39	**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**	
	Ergebnis-ID	**50778**
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,46 % - 1,06 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 1.58 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	28,25
Grundgesamtheit	239
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

40	**Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen**
Ergebnis-ID	**50722**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	94,52 % - 98,82 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m95.00 %
Vertrauensbereich	96,42 % - 96,55 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	228
Erwartete Ereignisse	234
Grundgesamtheit	234
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

41	**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher er¬warteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**
Ergebnis-ID	**54028**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 14,6 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 3.79 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,83 % - 0,95 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,22
Grundgesamtheit	19
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

42	**Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)**
Ergebnis-ID	**50481**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 43,45 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 10.37 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,95 % - 3,55 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	5
Grundgesamtheit	5
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

43	**Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)**
Ergebnis-ID	**54123**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 15,46 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	k 5.00 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,35 % - 1,46 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	21
	Grundgesamtheit	21
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

44	**Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)**	
	Ergebnis-ID	**54124**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 15,46 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 3.89 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1 % - 1,1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	21
Grundgesamtheit	21
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

45	**Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)**
Ergebnis-ID	**54125**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 43,45 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 13.33 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	4,25 % - 4,96 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	5
Grundgesamtheit	5
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

46	**Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)**
Ergebnis-ID	**54127**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	18
Grundgesamtheit	18
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

47	**Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig**
Ergebnis-ID	**54128**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m98.54 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich	99,76 % - 99,81 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	9
Grundgesamtheit	9
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

48	**Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht**
Ergebnis-ID	**54001**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	83,89 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m90.00 %
Vertrauensbereich	97,05 % - 97,2 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	20
Grundgesamtheit	20
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

49	**Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht**
Ergebnis-ID	**54002**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m86.00 %
Vertrauensbereich	91,99 % - 92,72 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

50	**Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand**
	Ergebnis-ID	**54003**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 15.00 %
Vertrauensbereich	13,48 % - 14,03 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

51	**Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden**
Ergebnis-ID	**54004**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	94,08 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m85.00 %
Vertrauensbereich	95,72 % - 95,9 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	61
Erwartete Ereignisse	61
Grundgesamtheit	61
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

52	**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**
Ergebnis-ID	**54012**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 2.40 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,02 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

53	**Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)**	
	Ergebnis-ID	**54016**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 16,11 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	k 5.72 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,46 % - 1,57 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	20
	Grundgesamtheit	20
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

54	**Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)**	
	Ergebnis-ID	**54017**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	k 15.15 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	5,84 % - 6,54 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

55	**Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)**	
	Ergebnis-ID	**54018**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	k 11.41 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	4,45 % - 4,79 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

56	**Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)**	
	Ergebnis-ID	**54013**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit "geringer Sterbewahrscheinlichkeit".Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	Sentinel-Event
	Vertrauensbereich	0,19 % - 0,23 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	31
	Grundgesamtheit	31
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

57	**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**	
	Ergebnis-ID	**10271**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im 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.
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	k 3.12 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,06 % - 1,14 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	74
	Grundgesamtheit	74
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

58	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID	**54050**
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	81,83 % - 96,97 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m85.00 %
Vertrauensbereich	95,16 % - 95,52 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	48
Erwartete Ereignisse	52
Grundgesamtheit	52
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

59	**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**	
	Ergebnis-ID	**54042**
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	k 2.17 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,96 % - 1,01 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

60	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
	Ergebnis-ID	**54046**
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0,59 % - 3,6 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	k 2.07 (90. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1 % - 1,07 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	4
	Erwartete Ereignisse	2,66
	Grundgesamtheit	62
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

61	**Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden**	
	Ergebnis-ID	**54030**
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	k 15.00 %
	Vertrauensbereich	13,85 % - 14,4 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

62	**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)**	
	Ergebnis-ID	**54029**
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	k 4.50 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	1,18 % - 1,36 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

63	**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**	
	Ergebnis-ID	**54040**
	Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	0 % - 8,03 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	k 4.28 (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	0,83 % - 0,99 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	0,45
	Grundgesamtheit	62

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

64 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	**54033**
Leistungsbereich	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0,39 % - 1,9 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 2.24 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,05 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	5,61
Grundgesamtheit	50

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

65 Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	**10211**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens s
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 35,43 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 20.00 %
Vertrauensbereich	7,23 % - 8,07 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	7
Grundgesamtheit	7
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

66 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

Ergebnis-ID	**52330**
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	99,14 % - 99,38 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

67	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
Ergebnis-ID	**52279**
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens s
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	97,76 % - 98,1 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

68	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium hatten)
Ergebnis-ID	**2163**
Leistungsbereich	Operative Behandlung von Brustkrebs
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,04 % - 0,19 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0
Grundgesamtheit	0
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**N01** - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69	**Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt. Dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein**
Ergebnis-ID	**330**
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
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
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	97,18 % - 97,87 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

70	**Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben**
Ergebnis-ID	**50045**
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	96,9 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m90.00 %
Vertrauensbereich	99,14 % - 99,21 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	120
Erwartete Ereignisse	120
Grundgesamtheit	120
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

71	**Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen**
Ergebnis-ID	**12874**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 13,8 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 5.00 %
Vertrauensbereich	1,11 % - 1,33 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	24
Grundgesamtheit	24
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

72	**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**	
	Ergebnis-ID	**51906**
	Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	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
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	—
	Vertrauensbereich	—
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Referenzbereich	k 4.18
	Vertrauensbereich	1,03 % - 1,17 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

73	**Der Zeitraum zwischen der Entscheidung, einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen, und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten**	
	Ergebnis-ID	**1058**
	Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	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

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,23 % - 0,46 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

74 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

Ergebnis-ID	**51803**
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	k 2.32
Vertrauensbereich	1,02 % - 1,08 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

75	**Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend**
Ergebnis-ID	**318**
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH, QS-Planung
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	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
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Referenzbereich	m90.00 %
Vertrauensbereich	96,96 % - 97,37 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	**R10** - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	➲ unverändert

76	**Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten**
Ergebnis-ID	**54141**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	Tkez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen.Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	64,15 % - 93,32 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,72 % - 96,98 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	24
Grundgesamtheit	24

77	**Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten**
Ergebnis-ID	**54142**
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 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/eht150.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 13,8 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,11 % - 0,16 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	24
Grundgesamtheit	24

78	**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**
Ergebnis-ID	**11724**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	Tkez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 48,88 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,11 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,04
Grundgesamtheit	4

79	**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 (Kathethers) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)**
Ergebnis-ID	**51865**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	0 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,87 % - 1,15 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,02
Grundgesamtheit	4

80	**Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind**
Ergebnis-ID	**51859**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	Tkez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,7 % - 3,4 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

81	**Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)**	
	Ergebnis-ID	**605**
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	Tkez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,44 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

82	**Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war**
Ergebnis-ID	**606**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	Tkez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,08 % - 3,59 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

83	**Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)**	
	Ergebnis-ID	**51445**
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,28 % - 2,29 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

84	**Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)**
Ergebnis-ID	**51448**
Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,03 % - 3,67 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

85	**Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)**	
	Ergebnis-ID	**51860**
	Leistungsbereich	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	2,98 % - 4,55 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

86	**Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis**
Ergebnis-ID	**60683**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre

BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	11,01 % - 13,58 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

87	**Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis**
Ergebnis-ID	**60684**
Leistungsbereich	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Frei
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	11,05 % - 12,96 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

88	**Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen)**
Ergebnis-ID	**321**
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators "Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen".Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Frei 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/.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	0,22 % - 0,24 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

89	**Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)**
Ergebnis-ID	**51397**
Leistungsbereich	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	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_Frei 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.
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	—
Vertrauensbereich	—
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,12 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

90	**Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)**
Ergebnis-ID	**2006**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Frei
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	98,27 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	98,49 % - 98,58 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	218
Erwartete Ereignisse	218
Grundgesamtheit	218

91	**Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)**
Ergebnis-ID	**2007**
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Frei
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Vertrauensbereich	84,54 % - 100 %
BUNDESERGEBNIS	
Bundesdurchschnitt	-1
Vertrauensbereich	96,91 % - 97,56 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	21
Grundgesamtheit	21

92	Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden	
	Ergebnis-ID	**54010**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kri-terien 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 we-sentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Trans-parenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept kön-nen dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	83,89 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	98,03 % - 98,16 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	20
	Erwartete Ereignisse	20
	Grundgesamtheit	20

93	Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden	
	Ergebnis-ID	**54026**
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

	Fachlicher Hinweis IQTIG	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kri-terien 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 we-sentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Trans-parenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept kön-nen dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Fre beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Vertrauensbereich	84,54 % - 100 %
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesdurchschnitt	-1
	Vertrauensbereich	92,79 % - 93,04 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	21
	Erwartete Ereignisse	21
	Grundgesamtheit	21

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

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

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

	DMP
1	Asthma bronchiale
2	Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
3	Koronare Herzkrankheit (KHK)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Erbrachte Menge:	9
Ausnahme:	MM07: Erneute Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung nach mindestens 24-monatiger Unterbrechung
Ausnahme-Datum:	Wiedererbringung der Leistung seit 1.9.2018 (Zustimmung erfolgte durch Verbände der Kostenträger mit Schreiben vom 29.06.2018)

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Erbrachte Menge:	2
Ausnahme:	MM07: Erneute Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung nach mindestens 24-monatiger Unterbrechung
Ausnahme-Datum:	Wiedererbringung der Leistung seit 1.10.2018 (Zustimmung erfolgte durch Verbände der Kostenträger mit Schreiben vom 4.10.2018)

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

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Nein
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	9
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	28
Prüfung durch Landesverbände:	Nein
Ausnahmetatbestand:	Ja
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

Bezeichnung:	Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
Gesamtergebnis Prognosedarlegung:	Nein
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	2

Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	6
Prüfung durch Landesverbände:	Nein
Ausnahmetatbestand:	Ja
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

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

Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen):	52
- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt:	39
- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	31

* 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).