

Strukturierter Qualitätsbericht 2024



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	5
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	6
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	6
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung	8
A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	8
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	9
A-10 Gesamtfallzahlen	9
A-11 Personal des Krankenhauses	10
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	10
A-11.2 Pflegepersonal	10
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik	12
A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal	12
A-11.3.2 Genesungsbegleitung	12
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	12
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	17
A-12.1 Qualitätsmanagement	17
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	17
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	19
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	21
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit	21
A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	23
A-13 Besondere apparative Ausstattung	23
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GB-A gemäß §136C Absatz 4 SGB V	24
14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	24
14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung	24
14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	24
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	25
B-[1].1 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin	25
B-[2].1 Klinik für Lungen- und Bronchialheilkunde	30
B-[3].1 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	37
B-[4].1 Klinik für Thoraxchirurgie	45
B-[5].1 Klinik für Urologie	51
B-[6].1 Zentrale Abteilung für Neuroradiologie	59
B-[7].1 Zentrale Abteilung für Radiologie	64
B-[8].1 Zentrale Abteilung für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin	69
B-[9].1 Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik	73
Teil C - Qualitätssicherung	79
C-1 Teilnahme an der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	79
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	79
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung	81
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	103
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	103
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	103
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	104
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	104
C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	104
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	104
C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	104
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	104
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	105
C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):	107
C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	112

Einleitung

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



Das unter Denkmalschutz stehende Johanniter Krankenhaus in Oberhausen-Sterkrade.

Einleitungstext

Das Evangelische Klinikum Niederrhein steht in christlicher Tradition für fachkompetente Fürsorge in der Region.

An vier Standorten deckt unser Verbund mit seinen Fachkliniken und medizinischen Zentren ein breites medizinisches Spektrum ab. In intensivem Austausch und enger Zusammenarbeit gewährleisten unsere Fachärzte, unsere medizinischen Mitarbeiter und unsere Pflegekräfte eine umfassende interdisziplinäre Behandlung und Versorgung der Patienten.

Die Verpflichtung zur Veröffentlichung des strukturierten Qualitätsberichtes begreifen wir als Chance, das Leistungsgeschehen in unserem Krankenhaus darlegen zu können. Im Mittelpunkt steht die ganzheitliche medizinische und pflegerische Versorgung unserer Patienten und ihrer Angehörigen. Hierbei realisieren wir in unserem Haus ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz in kooperativer, interdisziplinärer und berufsgruppen-übergreifender Zusammenarbeit.

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Marius Deumens
Position	Qualitäts- und Risikomanagementbeauftragter
Telefon	0203 / 508 - 1438
Fax	0203 / 508 - 1433
E-Mail	marius.deumens@evkln.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Dr. Anna Broich
Position	Leiterin der Stabsstelle Qualitätsmanagement

Johanniter Krankenhaus Oberhausen

Telefon	0203 / 508 - 1435
Fax	0203 / 508 - 1433
E-Mail	anna.broich@evkln.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	http://www.evkln.de/
URL für weitere Informationen	https://www.evkln.de/der-verbund.html
Weitere Links	<ul style="list-style-type: none">◦ https://www.evkln.de/qualitaetsmanagement.html (Qualitätsberichte)

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name	Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH
Institutionskennzeichen	260510325
Hausanschrift	Fahrner Str. 133-135 47169 Duisburg
Postanschrift	Fahrner Str. 133-135 47169 Duisburg
Telefon	0203 / 508 - 00
E-Mail	info@evkln.de
Internet	http://www.evkln.de/

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. med. Daniel Vallböhrer	Ärztlicher Direktor	0203 / 508 - 1141		daniel.vallboehmer@evkln.de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Heike Lütfring	Pflegedirektorin	0203 / 508 - 1340	0203 / 508 - 1343	heike.luetfring@evkln.de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl.-Kfm. Franz Hafner	Vorsitzender der Geschäftsführung	0203 / 508 - 1400	0203 / 508 - 1403	geschaeftsfuehrung@evkln.de
Dr. med. Andreas Sander	Medizinischer Geschäftsführer	0203 / 508 - 1500	0203 / 508 - 1403	mgf@evkln.de

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name	Johanniter Krankenhaus Oberhausen
Institutionskennzeichen	260510325
Standortnummer aus dem Standortverzeichnis	771252000
Hausanschrift	Steinbrinkstraße 96a 46145 Oberhausen
Postanschrift	Steinbrinkstr. 96 a 46145 Oberhausen
Internet	https://www.evkln.de/johanniter-krankenhaus-oberhausen.html

Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. med. Jan Fichtner	stellv. Ärztlicher Direktor Betriebssteil 2	0208 / 697 - 4500	0208 / 697 - 4503	jan.fichtner@evkln.de

Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Achim Gregorius	Örtliche Pflegedienstleitung (Psychiatrie)	0208 / 697 - 4922	0208 / 697 - 4343	achim.gregorius@evkln.de
Udo Becker	Örtliche Pflegedienstleitung (Somatik)	0208 / 697 - 4920	0208 / 697 - 4343	udo.becker@evkln.de

Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl.-Kfm. Franz Hafner	Vorsitzender der Geschäftsführung	0203 / 508 - 1400	0203 / 508 - 1403	geschaeftsfuehrung@evkln.de

A-2 Name und Art des Krankenhasträgers

Name	Stiftung zur Förderung Evangelischer Krankenhäuser - Verband zur Förderung evangelischer Krankenhäuser
Art	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP06	Basale Stimulation	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP27	Musiktherapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	URL	Kommentar / Erläuterung
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM40	Empfangs- und Begleitedienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name	Udo Becker
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Örtliche Pflegedienstleitung (Somatik)
Telefon	0208 / 697 - 4920
Fax	
E-Mail	udo.becker@evkln.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF24	Diätische Angebote	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
-----	--	-------------------------

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	
FL09	Doktorandenbetreuung	

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	325
-------------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle

Vollstationäre Fallzahl	6614
Teilstationäre Fallzahl	367
Ambulante Fallzahl	6520
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	59,55
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	59,55
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	59,55

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	33,11
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	33,11
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	33,11
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,50

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

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

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

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

davon Fachärzte und Fachärztinnen

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

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	255,09
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	255,09
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	9,49
Stationäre Versorgung	245,60

davon ohne Fachabteilungsuordnung

Anzahl Vollkräfte	20,28
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	20,28

Johanniter Krankenhaus Oberhausen

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	20,28

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,95
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,95
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	0,95

Altenpfleger und Altenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	31,30
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	31,30
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	31,30

Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	1,76
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,76
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	1,76

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	5,33
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,33
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	5,33

Pflegehelfer und Pflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	4,68
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,68
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	4,68

Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	2,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,75
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,75

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	2,75
-------------------	------

Johanniter Krankenhaus Oberhausen

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,75
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,75

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	26,38
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	26,38
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	0,00
Stationäre Versorgung	26,38

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	20,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	20,88
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	20,88
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

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

A-11.3.1 Ausgewähltes therapeutisches Personal

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	9,53
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,53
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,00
Ambulante Versorgung	2,00
Stationäre Versorgung	7,53

A-11.3.2 Genesungsbegleitung

Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

Anzahl Personen	
-----------------	--

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Diätassistentin und Diätassistent (SP04)
Anzahl Vollkräfte	3,39
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,39
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	3,39
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Ergotherapeutin und Ergotherapeut (SP05)
Anzahl Vollkräfte	6,51
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,51
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	6,51
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Musiktherapeutin und Musiktherapeut (SP16)
Anzahl Vollkräfte	0,88
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,88
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,88
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Physiotherapeutin und Physiotherapeut (SP21)
Anzahl Vollkräfte	6,86
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,86
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	6,86
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe (SP23)
Anzahl Vollkräfte	9,53
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,53
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	9,53
Kommentar / Erläuterung	

Johanniter Krankenhaus Oberhausen

Spezielles therapeutisches Personal	Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut (SP24)
Anzahl Vollkräfte	2,6
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,6
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	2,6
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter (SP25)
Anzahl Vollkräfte	9,32
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,32
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	9,32
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge (SP26)
Anzahl Vollkräfte	7,92
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,92
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	7,92
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie (SP27)
Anzahl Vollkräfte	1
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1
Kommentar / Erläuterung	

Johanniter Krankenhaus Oberhausen

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)
Anzahl Vollkräfte	4
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	4
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Gymnastik- und Tanzpädagogin und Gymnastik- und Tanzpädagoge (SP31)
Anzahl Vollkräfte	0,73
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,73
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,73
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta (SP32)
Anzahl Vollkräfte	2
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	2
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie (SP42)
Anzahl Vollkräfte	1
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1
Kommentar / Erläuterung	

Johanniter Krankenhaus Oberhausen

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF) (SP43)
Anzahl Vollkräfte	1
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA) (SP55)
Anzahl Vollkräfte	1,51
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,51
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	1,51
Kommentar / Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) (SP56)
Anzahl Vollkräfte	0,12
Kommentar / Erläuterung	
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,12
Kommentar / Erläuterung	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Kommentar / Erläuterung	
Ambulante Versorgung	0
Kommentar / Erläuterung	
Stationäre Versorgung	0,12
Kommentar / Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Dr. med. Andreas Sander
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Medizinischer Geschäftsführer
Telefon	0203 / 508 - 1500
Fax	
E-Mail	mgf@evkln.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	- Geschäftsführung - Ärztliche Direktoren - Pflegedirektorin - Ltg. Personalabteilung - Ltg. Patientenmanagement - Ltg. Medizincontrolling - Mitarbeitervertretung - Qualitätsmanagementbeauftragter
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Dr. med. Andreas Sander
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Medizinischer Geschäftsführer
Telefon	0203 / 508 - 1500
Fax	
E-Mail	mgf@evkln.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 - wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
--	--

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Risikomatrix 2025-08-01
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Diverse Dokumente im Bereich der Kliniken zum Umgang mit Med. Notfällen und Komplikationen 2019-01-01
RM05	Schmerzmanagement	Expertenstandard Schmerzmanagement 2022-10-01
RM06	Sturzprophylaxe	Sturzprophylaxe 2022-10-01
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Expertenstandard Dekubitusprophylaxe 2022-10-01
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Anordnung und Durchführung von Zwangsmaßnahmen 2023-06-01

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Organisationshandbuch MPG EVKLN 2023-08-01
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<input checked="" type="checkbox"/> Tumorkonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen <input checked="" type="checkbox"/> Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Diverse Dokumente zur Patientenaufklärung 2022-06-01
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	roXtra-ID: 9978 2023-04-01
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Einsatz von Patientenidentifikationsbändern 2022-10-01
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Diverse Dokumente für die postoperative Versorgung vorhanden 2019-08-01
RM18	Entlassungsmanagement	Entlassungsmanagement 2022-11-01

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Etablierung eines CIRS-Systems Etablierung von Störmeldemodulen Veränderungen von klinischen Prozessabläufen Klinikumsweite Einführung von Patientenarmbändern, Etablierung von versch. Kommissionen.

Einrichtungsinterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtungsinternes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2024-09-01
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1	
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	9	Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen
Hygienefachkräfte (HFK)	2	Alle Hygienefachkräfte sind unter der zentralen Nummer 0203 508 5444 zu erreichen.
Hygienebeauftragte in der Pflege	18	10,75
Eine Hygienekommission wurde eingerichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich	

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. med. Stefan Alexander Simon
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Krankenhaushygieniker
Telefon	0203 / 508 - 5053
Fax	
E-Mail	stefanalexander.simon@evkln.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Werden am Standort zentrale Venenkatheter eingesetzt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Standard Liegedauer ZVK

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

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

Der Standard thematisiert insbesondere

Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Johanniter Krankenhaus Oberhausen

Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die standardisierte 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?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
--	--

Der interne Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	343 ml/Patiententag
Ist eine Intensivstation vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	410 ml/Patiententag
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

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

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten 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).	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<input checked="" type="checkbox"/> CDAD-KISS <input checked="" type="checkbox"/> HAND-KISS <input checked="" type="checkbox"/> ITS-KISS <input checked="" type="checkbox"/> MRSA-KISS <input checked="" type="checkbox"/> OP-KISS	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	jährlich	Regelmäßige Überprüfung
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	jährlich	Online Unterweisung

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Annette von Wolff	Qualitätsmanagementbeauftragte	0203 / 508 - 5431		Beschwerden@evkln.de
Marius Deumens	Qualitätsmanagementbeauftragter	0203 / 508 - 1438		Beschwerden@evkln.de
Dr. Anna Broich	Leitung Qualitätsmanagement	0203 / 508 - 1435		Beschwerden@evkln.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Andrea Demtröder	Patientenfürsprecherin	0203 / 508 - 00		info@demtroeder-online.de
Ronny Schneider	Patientenfürsprecher	0203 / 508 - 00		mail@ronnyschneider.info

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name	Marco Bergmann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiter Projektmanagement
Telefon	0208 / 508 - 56561
Fax	
E-Mail	marco.bergmann@evkln.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	5
Kommentar / Erläuterung	

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste) sowie zur Dokumentation sowohl der ursprünglichen Medikation der Patientin oder des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiets, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Risikomatrix 2025-08-01	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung <input checked="" type="checkbox"/> Zubereitung durch pharmazeutisches Personal <input checked="" type="checkbox"/> Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen	

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<input checked="" type="checkbox"/> Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) <input checked="" type="checkbox"/> Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe) Sonderanforderungen (Mobidik), Hausliste, Arzneimittelverzeichnis	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<input checked="" type="checkbox"/> Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung <input checked="" type="checkbox"/> Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2) <input checked="" type="checkbox"/> andere Maßnahme Risikoanalyse	Orbis Addons: Dosing, Allergies, Closed Loop, Fluidmanagement
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen <input checked="" type="checkbox"/> Aushändigung des Medikationsplans <input checked="" type="checkbox"/> bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten	

A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Gemäß Teil A § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können unter anderem Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

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

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?	<input checked="" type="checkbox"/> nein	Ein Schutzkonzept liegt vor. Es regelt den Schutz von schutzbedürftigen Gruppen dazu gehören auch Kinder und Jugendliche.
Werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja	

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterung
SK06	Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl		Regelmäßige Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses von Führungskräften.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h Notf.	Kommentar / Erläuterung
-----	-------------------	--------------------------------	-----------	-------------------------

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h Notf.	Kommentar / Erläuterung
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	Ja	
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja	
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung (X)		Ja	
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	Ja	
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	Ja	

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

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

14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe / 14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.

14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde. Nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 3 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. Nein

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefärztin PD Dr. med. Klenke

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3700
Art der Abteilung	Nicht bettenführende Abteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	PD Dr. med. Stefanie Klenke
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Telefon	0208 / 697 - 4121
Fax	0208 / 697 - 4122
E-Mail	stefanie.klenke@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Steinbrinkstraße 96A
PLZ / Ort	46145 Oberhausen
URL	

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

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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI38	Palliativmedizin	
VI40	Schmerztherapie	
VI42	Transfusionsmedizin	

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

keine Angaben

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

keine Angaben

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

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

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	7,59
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,59
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	7,59
Fälle je VK/Person	

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	3,67
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,67
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,67
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
Fälle je VK/Person	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ01	Anästhesiologie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF11	Hämostaseologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF30	Palliativmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	7,74
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,74
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	7,74
Fälle je VK/Person	

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,9
-------------------	-----

Johanniter Krankenhaus Oberhausen

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,9	
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
Ambulante Versorgung	0	
Stationäre Versorgung	0,9	
Fälle je VK/Person		
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal		38,50

B-[2].1 Klinik für Lungen- und Bronchialheilkunde

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefarzt Othman bei der Visite.

Einleitungstext

Wir sind Ihr kompetenter Ansprechpartner bei allen akuten und chronischen Erkrankungen der Atemorgane. Für unser erfahrenes ärztliches und pflegerisches Team stehen dabei immer Sie als unsere Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt. Gemeinsam mit Ihnen tun wir alles für Ihren Behandlungserfolg und versuchen, Ihren Aufenthalt bei uns so kurz und angenehm wie möglich zu gestalten. Neben der Versorgung unserer ambulanten und stationären Patientinnen und Patienten kümmern wir uns auch um die allgemein-internistische Betreuung anderer Abteilungen unseres Hauses und externer Krankenhäuser, zum Beispiel mit der Durchführung von Bronchoskopien.

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Lungen- und Bronchialheilkunde
Fachabteilungsschlüssel	1400
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Fanar Othman
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	0208 / 697 - 4201
Fax	0208 / 697 - 4203
E-Mail	fanar.othman@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Steinbrinkstraße 96A
PLZ / Ort	46145 Oberhausen
URL	https://www.evkln.de/kliniken-institute-zentren/kliniken-und-institute/klink-fuer-bronchial-und-lungenheilkunde/

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

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

Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	Trachealenge (Stenose) durch Erkrankung oder nach Luftröhrenschnitt, Trachealkollaps und -instabilität und Trachealtumoren diagnostizieren wir und behandeln durch Laserabtragungen, Stents, Atmungsunterstützung, etc.
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	Wir diagnostizieren die Ursache von Schluck- und Hustenstörungen und behandeln sie durch spezielle Techniken PEG-Anlage (Magensonden), Hustenhilfen, Luftsammeln (air stacking), Hustenassistent (cough assist), Sekret Drainage und falls erforderlich Bronchoskopie oder Minimalabsaugkanüle.
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	Herz-Lungenerkrankungen, Embolien, entzündliche und rheumatische Erkrankungen führen zum Lungenhochdruck und werden von uns diagnostiziert und behandelt.
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Alle Patienten, bei denen die Lunge oder die Atemwege erkrankt sind: Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Lungenentzündungen, Berufskrankheiten der Atemwege, Fibrosierende (restriktive) Lungenerkrankungen (z.B. Sarkoidose).
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	Wir behandeln Patienten mit Verletzungen und Erkrankungen des Brustfells (der Pleura). Hierzu zählen entzündliche Erkrankungen (Pleuritis), Ergüsse in das Brustfell, Bösartige Erkrankungen (Pleuramesotheliom), auch infolge einer Berufserkrankungen und Lufttritt in das Brustfell (Pneumothorax).
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Wir behandeln Patienten mit Bronchialkarzinomen (Lungenkrebs) u. anderen Tumoren des Brustraumes sowie Tumore, die Metastasen im Brustraum oder in der Lunge bilden. Wir kooperieren in Tumorboards mit der Klinik für Thoraxchirurgie des Betriebsteils 1, den niedergel. Onkologen und Strahlentherapeuten.
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	Patienten mit Tuberkulose werden in speziell hierfür geeigneten Bereichen diagnostiziert und behandelt. Auch alle anderen Infektionskrankheiten der Lunge werden diagnostiziert und therapiert.
VI20	Intensivmedizin	Die pneumologische Intensivstation RICU behandelt alle intensivmedizinischen Erkrankungen, insbesondere wenn sie die Atmung betreffen oder Beatmung benötigen. Nichtinvasive Beatmung statt Intubation, Weaning, Risikooperation und Überleitung zur außerklinischen Intensivbeatmung.
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	Allergologische Erkrankungen, Heuschnupfen, Asthma, Nahrungsmittelallergien, Medikamentenallergien, Analgetikaunverträglichkeit werden diagnostiziert und behandelt.
VI27	Spezialsprechstunde	Ambulanz, Anmeldung von Konsilen und Gutachten, Tel. 0208-697-4211. Funktionsdiagnostik und Spiroergometrie, zu allen Fragen, die die Lunge und die Atmung betreffen, Tel. 0208-697-4212. Endoskopie, EBUS und Sonographie, Tel. 0208-697-4224. Physikalische Therapie, Tel. 0208-697-4220.
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	Wir behandeln Störungen des Schlafes, insbesondere schlafbezogene Atmungsstörungen und deren Begleiterkrankungen, sowie Schlafstörungen bei Herzinsuffizienz.
VI35	Endoskopie	Zur Diagnostik und Therapie des Bronchialkarzinoms und zur Frage der Tumorausbildung und Operabilität werden der Endobronchiale Ultraschall (EBUS) und Mini Schallsonden eingesetzt. Die Abteilung zählt in diesem Bereich zu einem der führenden Zentren Deutschlands.
VX00	Invasive oder nichtinvasive Beatmung	
VX00	Klinische und Außerklinische Beatmung	Wir betreuen Patienten mit erschöpfter Atempumpe bei neurologischen, orthopädischen und pneumologischen Erkrankungen mit der Frage, ob sie auf ein Beatmungsgerät, eine Magensonde (PEG) oder eine Hustenunterstützung (Cough-Assist) angewiesen sind und betreuen Patienten unter Risikooperationen.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VX00	Lungenemphysem	Trachealenge (Stenose) durch Erkrankung oder nach Luftröhrenschnitt, Trachealkollaps und Instabilität und Trachealtumoren diagnostizieren wir und behandeln durch Laserabtragungen, Stents, Atmungsunterstützung, etc.
VX00	Reflux	Wir diagnostizieren die Folgen und Auswirkung vom Reflux auf Speiseröhre und Lunge durch Langzeit-pH-Metrie, Miniösophagoskopie und Laryngoskopie.
VX00	Rippenfellerkrankungen	Diese werden thorakoskopisch (Rippenfellspiegelung) untersucht und mit Drainage und Pleurodese behandelt
VX00	Tagesmüdigkeit, Tagesschläfrigkeit	Durch Reaktionstest, Vigilanztest, Pupillometrie, Einschlaf- und Wachhaltetests können diese Störungen erkannt und objektiviert werden.
VX00	Wespen- und Bienenallergie, Schmerzmittelunverträglichkeiten	Diese Erkrankungen werden diagnostiziert und mit Hyposensibilisierung oder adaptiver Desensitierung behandelt.

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

Vollstationäre Fallzahl	1637
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[2].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
J44	544	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
C34	351	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
R91	161	Abnorme Befunde bei der bildgebenden Diagnostik der Lunge
J18	50	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
D38	44	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
J96	37	Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
J45	36	Asthma bronchiale
J84	33	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten
R59	32	Lymphknotenvergrößerung
I50	25	Herzinsuffizienz

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-620	1557	Diagnostische Tracheobronchoskopie
1-710	1451	Ganzkörperplethysmographie
1-711	1196	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
3-05f	383	Transbronchiale Endosonographie
1-430	373	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen
1-843	306	Diagnostische Aspiration aus dem Bronchus
8-716	269	Einstellung einer häuslichen maschinellen Beatmung
8-980	269	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
1-426	260	(Perkutane) Biopsie an Lymphknoten, Milz und Thymus mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
8-930	181	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Pulmonologische Ambulanz	<ul style="list-style-type: none"> Pulmonologische Ambulanz, Beratung und Untersuchung bei Lungenerkrankungen (VX00) 	Sprechstunde Montags, Dienstags und Donnerstags nach Vereinbarung. Die Überweisung durch einen Lungenfacharzt ist erforderlich. Untersuchung, Beratung, Bronchoskopie, Pleurapunktion, Spiroergometrie,

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Schlafmedizinische Sprechstunde - Heimbeatmung	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin (VI32) 	ambulante Tumorthherapie. Beratung für Patienten mit Heimbeatmung und Maskenbeatmung. Ambulante Polygraphie (Schlafscreening), Maskensprechstunde
AM08	Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz	<ul style="list-style-type: none"> Notfallbehandlung von Patienten mit pneumologischen Beschwerden (VX00) 	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	8,78
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,78
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	8,78
Fälle je VK/Person	186,44646

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	8,78
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,78
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	8,78
Fälle je VK/Person	186,44646
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ23	Innere Medizin	
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF03	Allergologie	
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	
ZF39	Schlafmedizin	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	28,82
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	28,82
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	28,82
Fälle je VK/Person	56,80083

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	163700,00000

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

Anzahl Vollkräfte	0,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,75
Fälle je VK/Person	2182,66666

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	1637,00000

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,76
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,76
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,76
Fälle je VK/Person	2153,94736

Medizinische Fachangestellte

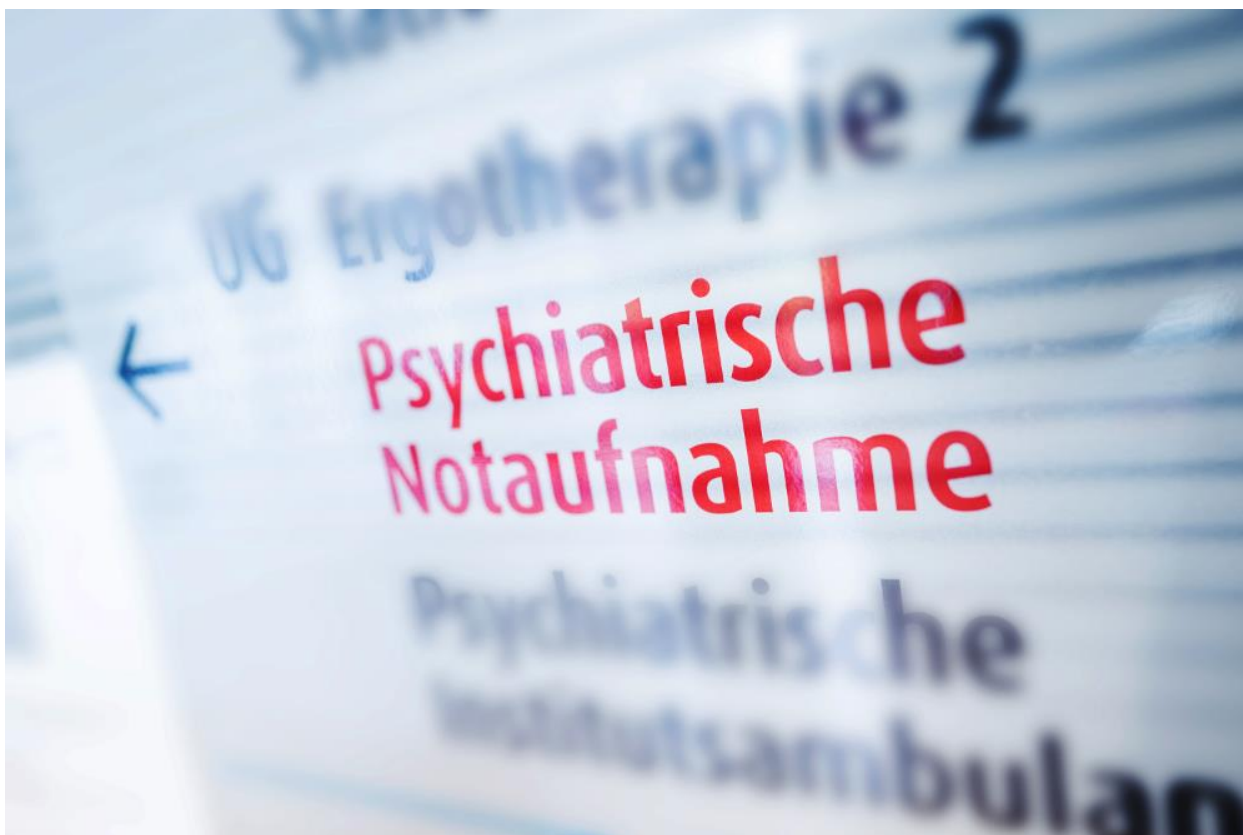
Anzahl Vollkräfte	0,31
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,31
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,31
Fälle je VK/Person	5280,64516
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP20	Palliative Care	

B-[3].1 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Einleitungstext

In unserer Klinik stehen wir Menschen in schweren seelischen Krisen und bei psychiatrischen Erkrankungen zur Seite. So vielfältig die Ursachen sind, so individuell gestalten wir die Therapie. In unserer Klinik werden alle psychiatrischen Erkrankungen behandelt. Schwerpunkte mit entsprechenden Spezialstationen sind die Akutpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, affektive Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

Unser Anliegen ist, dass sich unsere Patientinnen und Patienten sicher und angenommen fühlen. Wir unterstützen sie dabei, ihre Selbstständigkeit zu erhalten oder zurückzugewinnen und fördern ihre berufliche und soziale Teilhabe. Unsere Behandlung ist bedarfs- und leitliniengerecht. Die Therapien erfolgen stationär, tagesklinisch oder ambulant. Wir verfügen über 185 Betten und unsere Tagesklinik bietet 50 Plätze. Wir behandeln Patientinnen und Patienten aus Oberhausen, Duisburg, Dinslaken und Mülheim sowie aus weiteren Städten im Ruhrgebiet und vom Niederrhein.

Wir setzen verschiedene verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Verfahren ein. Die Therapien erfolgen im Gruppen- und Einzelsetting. Zudem kommen Ergo-, Musik- und Bewegungstherapie sowie Entspannungsverfahren, achtsamkeitsbasierte Verfahren, kognitives Training und alltagsorientierte Therapien zum Einsatz. Wir setzen auf höchsten fachlichen Standard und nutzen moderne Behandlungsmethoden wie die Elektrokonvulsionstherapie und transkranielle Magnetstimulation.

Neben der vollen Weiterbildungsbefugnis für Psychiatrie und Psychotherapie besteht auch die Weiterbildungsbefugnis für das Gebiet Neurologie im Umfang von einem Jahr, so dass auch der neurologische Teil der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in unserer Klinik absolviert werden kann. Das EEG-Labor ist eine anerkannte Ausbildungsstätte der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie.

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Fachabteilungsschlüssel	2900
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. med. Markus Frings
------	------------------------------

Johanniter Krankenhaus Oberhausen

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	0208 / 697 - 4101
Fax	0208 / 697 - 4103
E-Mail	markus.frings@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Steinbrinkstraße 96A
PLZ / Ort	46145 Oberhausen
URL	https://www.evkln.de/kliniken-institute-zentren/kliniken-und-institute/klinik-fuer-psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/

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

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

Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VP00	Qualifizierte Entgiftung von Alkohol	Es wurde ein Behandlungsschwerpunkt für Alkoholerkrankte zur qualifizierten Entgiftung geschaffen. Mittels des spezifischen, multimodalen Programms werden die Patienten zu einer Entwöhnungsbehandlung motiviert.
VP00	Suchtmedizinische Grundversorgung	In der Klinik werden Suchterkrankungen (Abhängigkeit/Missbrauch von Alkohol, Medikamenten, Drogen) unter Berücksichtigung von Suchtfolgeerkrankungen diagnostiziert und behandelt.
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	In der Klinik werden Suchterkrankungen (Abhängigkeit/Missbrauch von Alkohol, Medikamenten, Drogen) unter Berücksichtigung von Suchtfolgeerkrankungen diagnostiziert und behandelt.
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	Psychosen werden in der Klinik kombiniert psychopharmakologisch, psychotherapeutisch, psychoedukativ und soziotherapeutisch im stationären und teilstationären Rahmen behandelt, wobei auch apparative Behandlungsmöglichkeiten (z.B. EKT) zur Verfügung stehen.
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Affektive Störungen (Depressionen, Manien) werden in der Klinik kombiniert psychopharmakologisch, psychotherapeutisch, psychoedukativ und soziotherapeutisch stationär und teilstationär behandelt, wobei auch apparative Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Lichttherapie, EKT) zur Verfügung stehen.
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	Möglichkeiten zur Diagnostik und Behandlung von Neurosen, Belastungsstörungen und somatoformen Störungen bietet die Klinik sowohl im stationären als auch im teilstationären Rahmen. In der Behandlung stehen verschiedene psychotherapeutische Methoden zur Verfügung.
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Verhaltensstörungen, insbesondere Essstörungen können diagnostiziert und störungsspezifisch behandelt werden.
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen führen immer wieder zu Krisen, die einer akuten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bedürfen. Hierbei steht die Entschärfung und Entaktualisierung der Krise im Vordergrund.
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	Intelligenzstörungen werden diagnostiziert. Verhaltensstörungen bei Intelligenzstörung, insbesondere krisenhafte Zuspitzungen, werden behandelt.
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Dem zunehmenden Bedarf folgend entwickelte die Klinik einen Schwerpunkt in der Diagnostik und Therapie altersbedingter psychischer Erkrankungen. Für die Diagnostik stehen verschiedene apparative (CCT, MRT, PET), laborchemische, neuropsychologische und psychopathologische Methoden zur Verfügung.
VP14	Psychoonkologie	Speziell ausgebildete Psychoonkologinnen versorgen die onkologischen Patienten des Klinikums mit Schwerpunkten in Urologie, Lungen- und Bronchialheilkunde, im Darmzentrum und in der Thoraxchirurgie.
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	

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

Vollstationäre Fallzahl	1863
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F33	488	Rezidivierende depressive Störung
F20	300	Schizophrenie
F10	277	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F32	155	Depressive Episode
F60	78	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F05	72	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F06	72	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F25	67	Schizoaffektive Störungen
F43	52	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F19	51	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-649	12971	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
9-607	1635	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-617	992	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal
9-618	851	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen
9-640	726	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
8-630	384	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]
1-207	123	Elektroenzephalographie [EEG]
9-645	91	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
8-632	51	Repetitive transkranielle Magnetstimulation [rTMS]
6-006	41	Applikation von Medikamenten, Liste 6

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V	Psychiatrische Institutsambulanz	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen (VX00) 	Das Angebot unserer Institutsambulanz richtet sich ausschließlich an Patientinnen und Patienten, die festgelegte Kriterien an Art, Schwere und Dauer der psychischen Erkrankung erfüllen und die von niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten nur unzureichend erreicht werden können.
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Prof. Dr. med. Frings	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen (VX00) 	
AM08	Notfallambulanz (24h)	Notfallambulanz	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen (VX00) 	
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	Vor- und nachstationäre Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (VP01) 	

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

trifft nicht zu / entfällt

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-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	24,17
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	24,17
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	24,17
Fälle je VK/Person	77,07902

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	9,23
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,23
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	9,23
Fälle je VK/Person	201,84182
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ52	Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)	
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003)	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	131,23
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	131,23
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	131,23
Fälle je VK/Person	14,19644

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,83
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,83
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,83
Fälle je VK/Person	2244,57831

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	19,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	19,05
Fälle je VK/Person	97,79527

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

Anzahl Vollkräfte	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1
Fälle je VK/Person	1863,00000

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	1,88
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,88
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,88
Fälle je VK/Person	990,95744

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	0,58
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,58
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,58
Fälle je VK/Person	3212,06896
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP20	Palliative Care	

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte	8,53
-------------------	------

Johanniter Krankenhaus Oberhausen

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,53
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	1
Stationäre Versorgung	7,53
Fälle je VK/Person	247,41035

B-[4].1 Klinik für Thoraxchirurgie

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Chefarzt Dr. Al-Shahrabani und Team bei der Visite.

Einleitungstext

Die Klinik für Thoraxchirurgie behandelt Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen der Lunge und des Mittelfells, die eine Operation benötigen. Ein Schwerpunkt liegt auf operativen Eingriffen bei Lungenkrebs. Unsere Klinik besteht seit 2002 und ist als zertifiziertes Thoraxzentrum in der Region und überregional fest etabliert. Die Klinik befindet sich an den Verbundstandorten Johanniter Krankenhaus Oberhaus (JKO) und Evangelisches Krankenhaus Duisburg-Nord (EKN).

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Thoraxchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	2000
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Feras Al-Shahrabani
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	0203 / 508 - 1910
Fax	0203 / 508 - 1913
E-Mail	feras.al-shahrabani@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Fahrner Straße 133
PLZ / Ort	47169 Duisburg
URL	https://www.evkln.de/ekn/klinik-fuer-thoraxchirurgie.html

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

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

Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VC11	Lungenchirurgie	Im Vordergrund unserer Arbeit steht die chirurgische Behandlung von Patienten mit bösartigen Lungentumoren. Unsere Behandlung orientiert sich insbesondere an der 2018 erschienenen S3-Leitlinie "Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms".
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	Die Klinik behandelt sämtliche Thoraxverletzungen. Dies betrifft sowohl die Patienten, welche über die Zentrale Notaufnahme eingewiesen werden als auch polytraumatisierte Patienten des Kopfzentrums.
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	Insbesondere bei den gutartigen Krankheiten (aber auch bei bösartigen Erkrankungen des Brustfells) favorisieren wir minimalinvasive Methoden (sog. Knopflochchirurgie). Seit zwei Jahren werden auch die anatomischen Lungenresektionen minimal-invasiv geplant.
VC58	Spezialsprechstunde	Sprechstunde am Montag, Dienstag und Donnerstag von 13:30 bis 15:30 Uhr.
VC59	Mediastinoskopie	Die Mediastinoskopie wird als Routinemaßnahme zum Staging beim Bronchialkarzinom eingesetzt, außerdem zur Diagnostik mediastinaler Raumforderungen. Die Untersuchung gilt als Ergänzung zum endobronchialen Ultraschall.

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

Vollstationäre Fallzahl	385
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[4].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
C34	116	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
J90	59	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert
J86	44	Pyothorax
C78	32	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane
J93	26	Pneumothorax
D38	21	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Mittelohres, der Atmungsorgane und der intrathorakalen Organe
C45	18	Mesotheliom
S27	11	Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe
J94	7	Sonstige Krankheitszustände der Pleura
J43	6	Emphysem

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
1-620	451	Diagnostische Tracheobronchoskopie
5-344	203	Pleurektomie
8-144	164	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
5-340	155	Inzision von Brustwand und Pleura
8-919	113	Komplexe Akutschmerzbehandlung
5-333	87	Adhäsiolyse an Lunge und Brustwand
5-349	84	Andere Operationen am Thorax
5-322	79	Atypische Lungenresektion
8-910	69	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie
5-324	59	Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
-----	------------------	--------------------------	---------------------	-------------------------

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Thoraxchirurgische Ambulanz		Im Rahmen der Sprechstunde können sich Patienten zu thoraxchirurgischen Fragestellungen beraten lassen. Eine Überweisung vom Facharzt mit Schwerpunkt Pneumologie, Hämatologie und internistische Onkologie ist erforderlich.
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. Al-Shahrabani		

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

trifft nicht zu / entfällt

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-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	3,98
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,98
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,98
Fälle je VK/Person	96,73366

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	3,98
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,98
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,98
Fälle je VK/Person	96,73366
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ08	Herzchirurgie	
AQ12	Thoraxchirurgie	
AQ13	Viszeralchirurgie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	6,32
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,32
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	6,32
Fälle je VK/Person	60,91772

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	38500,00000

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,22
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,22

Johanniter Krankenhaus Oberhausen

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,22
Fälle je VK/Person	1750,00000

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,59
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,59
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,59
Fälle je VK/Person	652,54237

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	3,91
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,91
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,91
Fälle je VK/Person	98,46547

Medizinische Fachangestellte

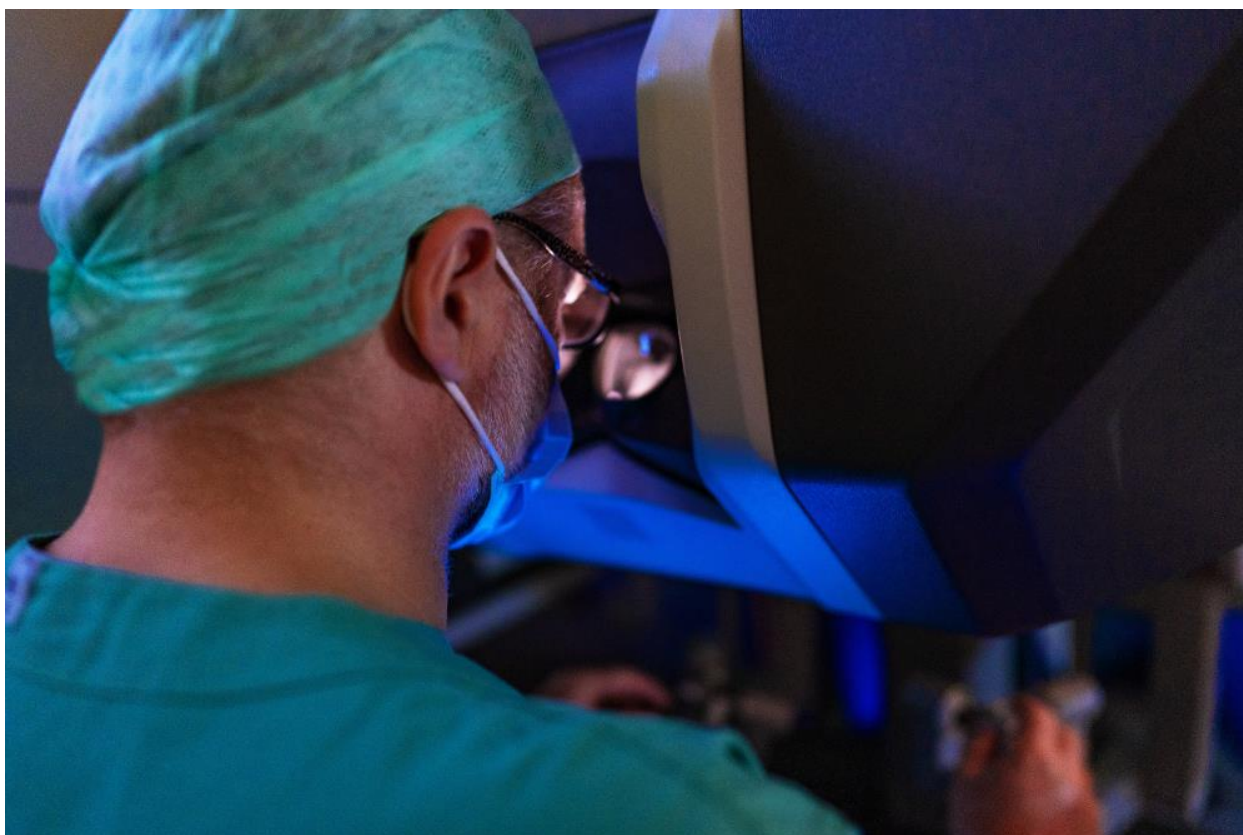
Anzahl Vollkräfte	0,05
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,05
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,05
Fälle je VK/Person	7700,00000
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	

B-[5].1 Klinik für Urologie

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Roboterassistierte Operation (DaVinci)

Einleitungstext

Wir sind für Sie da – bei allen Erkrankungen der Nieren, der Harnwege und männlichen Geschlechtsorgane. Leitgedanke unserer Klinik ist die Verbindung von höchster fachlicher Kompetenz mit modernster technischer Ausstattung und den neuesten Erkenntnissen aus Klinik und Forschung. Vor allem aber stehen unsere Patientinnen und Patienten immer im Mittelpunkt unserer Arbeit. Bei uns können Sie sicher sein, nicht nur medizinisch und pflegerisch optimal betreut, sondern auch als Mensch respektiert und geschätzt zu werden. Diese Rundumbetreuung geschieht in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Urologen der Region, mit denen uns langjährige Kooperationen verbinden.

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Klinik für Urologie
Fachabteilungsschlüssel	2200
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Prof. Dr. med. Jan Fichtner
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	0208 / 697 - 4500
Fax	0208 / 697 - 4503
E-Mail	jan.fichtner@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Steinbrinkstraße 96A
PLZ / Ort	46145 Oberhausen
URL	https://www.evkl.de/kliniken-institute-zentren/kliniken-und-institute/klinik-fuer-urologie/

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

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

Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	Wir behandeln Steinleiden der gesamten Harnwege (Nierenbeckensteine, Harnleitersteine, Blasensteine). Angeboten werden sämtliche diagnostische und therapeutische Interventionen der Steintherapie einschließlich ESWL und perkutaner (Zugang durch die Haut) Steintherapie.
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	Alle Erkrankungen der Niere und der Ureters werden behandelt, so z.B. Fehlbildungen der Niere und des Nierenbeckens, Entzündungen, Harnaufstau in Folge von Verletzungen, Verwachsungen oder Tumorerkrankungen.
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	Behandlung von Patienten mit gutartiger Prostatavergrößerung durch moderne endoskopische Operationsverfahren einschließlich transurethraler Resektion der Prostata und Laser-Therapie der Prostata. Alle Entzündlichen und Krebserkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane werden behandelt.
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	Wir bieten urodynamisches Untersuchungsverfahren und sämtliche operativen Therapien zur Behandlung der weiblichen Stressinkontinenz an.
VU08	Kinderurologie	Operationen von Reflux, Fehlbildungen des Penis (Hypospadien), Nierenbeckenabgangsenge; Urodynamische Diagnostik, Enuresis-Therapie (Behandlung des kindlichen Einnässen).
VU09	Neuro-Urologie	
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	Einheit zur Therapie von Harnröhrenverengungen (-strikturen) mit sämtlichen modernen Verfahren der Harnröhrenchirurgie einschließlich Mundschleimhauttransplantation.
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Minimal invasive Lymphknotenentfernung beim Prostatakarzinom.
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	Die endoskopische Operationsverfahren durch die Harnröhre (TUR) gehören zu den häufigsten Operationen unserer Klinik. Durchgeführt werden transurethrale Resektion der Blase und der Prostata. Endoskopische Steinentfernung aus dem Nierenbecken und den Harnwegen.
VU13	Tumorchirurgie	Die Operation von Tumoren an Prostata, Blase, Hoden und Penis sowie große Tumoroperationen des Bauchraumes und seiner Lymphknoten bilden einen Schwerpunkt unserer Klinik. Wir bieten Roboter-assistierte da Vinci Operationen.
VU14	Spezialsprechstunde	Kinderurologie, Andrologie/erektiler Dysfunktion, Tumorsprechstunde.
VU15	Dialyse	In Kooperation mit der Klinik für Nephrologie.
VU17	Prostatazentrum	Die Urologische Klinik ist ein zertifiziertes Prostatakarzinomzentrum der DKG. Radikale Roboter-assistierte da Vinci nervschonende Prostatektomie (RRAP).
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	
VX00	OP-Roboter unterstützte Schlüssellochchirurgie	Dieses technologische System hebt die bisherige minimal-invasive Chirurgie, auch Laparoskopie genannt, bei der durch kleine Zugänge operiert wird, auf ein neues Niveau. Der der Operateur steuert den OP-Roboter, der analog zur menschlichen Hand eine sehr präzise Bewegungsfreiheit ermöglicht.

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

Vollstationäre Fallzahl	2729
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[5].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
N13	571	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie
C67	414	Bösartige Neubildung der Harnblase
N40	289	Prostatahyperplasie
N20	215	Nieren- und Ureterstein
C61	205	Bösartige Neubildung der Prostata
N39	148	Sonstige Krankheiten des Harnsystems
N30	101	Zystitis
N32	81	Sonstige Krankheiten der Harnblase
R31	67	Nicht näher bezeichnete Hämaturie
C64	64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
3-13d	1327	Urographie
8-132	1082	Manipulationen an der Harnblase
8-137	1077	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
5-573	674	Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase
1-661	656	Diagnostische Urethrozystoskopie
5-550	547	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung
5-562	513	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung
3-13f	466	Zystographie
1-665	360	Diagnostische Ureterorenoskopie
5-601	353	Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebote Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	Urologische Ambulanz	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane (VU06) Kinderurologie (VU08) Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik (VU19) Urologische Beratung und Untersuchung (VX00) 	Die Überweisung durch einen Facharzt für Urologie ist erforderlich.
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Prof. Dr. Fichtner		Sprechstunde montags und donnerstags nach Vereinbarung. Die Überweisung durch einen Facharzt für Urologie ist erforderlich.

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

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-137	665	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
5-640	376	Operationen am Präputium
1-661	173	Diagnostische Urethrozystoskopie
1-466	125	Transrektale Biopsie an männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
5-585	69	Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra
5-572	62	Zystostomie
5-641	38	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Penis
5-624	29	Orchidopexie
5-611	25	Operation einer Hydrocele testis

OPS-Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
5-631	22	Exzision im Bereich der Epididymis

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

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

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte	14,08
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,08
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	14,08
Fälle je VK/Person	193,82102

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	6,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	6,5
Fälle je VK/Person	419,84615
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ60	Urologie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF04	Andrologie	
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	50,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	50,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	50,81
Fälle je VK/Person	53,70989

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,1
Fälle je VK/Person	27290,00000

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Johanniter Krankenhaus Oberhausen

Anzahl Vollkräfte	11,93
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,93
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	11,93
Fälle je VK/Person	228,75104

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	272900,00000

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	1,85
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,85
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,85
Fälle je VK/Person	1475,13513

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	272900,00000

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	3,66
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,66
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	3,66
Fälle je VK/Person	745,62841
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ02	Diplom	
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ07	Pflege in der Onkologie	
PQ08	Pflege im Operationsdienst	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP06	Ernährungsmanagement	

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP20	Palliative Care	

B-[6].1 Zentrale Abteilung für Neuroradiologie

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



MRT

Einleitungstext

Die Zentrale Abteilung für Neuroradiologie befasst sich mit der Diagnostik und der minimal-invasiven Therapie von Erkrankungen des zentralen Nervensystems, seiner umgebenden Strukturen sowie den versorgenden Blutgefäßen mithilfe bildgebender Verfahren. Zur Diagnostik von Erkrankungen des zentralen Nervensystems und seiner umgebenden Strukturen bedient sich die Neuroradiologie allen aktuellen bildgebenden Verfahren. Hierzu gehören neben der konventionellen Röntgentechnik, die Computertomographie, die Angiographie sowie die Kernspintomographie. Daneben sind wir auf verschiedene therapeutische Verfahren spezialisiert. Ein Schwerpunkt liegt in der endovaskulären Therapie von Gefäßverschlüssen beim ischämischen Schlaganfall sowie in der endovaskulären Versorgung von Aneurysmen der Hirngefäße.

Durch die enge Kooperation mit den Kliniken des Verbunds, insbesondere mit der Klinik für Neurologie und der Klinik für Neurochirurgie, trägt die Zentrale Abteilung für Neuroradiologie mit dazu bei, die Versorgung der Patientinnen und Patienten auf höchstem Niveau zu gewährleisten.

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Zentrale Abteilung für Neuroradiologie
Fachabteilungsschlüssel	3700
Art der Abteilung	Nicht bettenführende Abteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Markus Heddier
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	0208 / 697 - 4330
Fax	0208 / 697 - 4333
E-Mail	markus.heddier@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Steinbrinkstr. 96A
PLZ / Ort	46145 Oberhausen

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

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

Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VR00	Minimal invasive Schmerztherapie	Minimal invasive Schmerztherapie
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	Zu den Spezialverfahren der Computertomographie gehören Mehrschichtverfahren, Durchblutungsdarstellung und Gefäßdarstellung (Perfusionscomputertomographie, CTAngiographie), sowie die 3-dimensionale Darstellung von krankhaften Veränderungen des Gehirns bei der OP-Vorbereitung.
VR15	Arteriographie	Arteriographie mittels biplaner DSA-Anlage neuester Generation.
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	Alle Organe können mittels der Magnetresonanztomographie untersucht werden. Dabei wird der Körper Impulsen eines starken Magnetfeldes ausgesetzt. Durch die unterschiedliche Reaktion verschiedener Gewebe auf das Magnetfeld entstehen Schnittbilder des Körpers mit einer besonders hohen Auflösung.
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	Bei der Magnetresonanztomographie werden spezielle Kontrastmittel eingesetzt, die allerdings nicht mit konventionellen Röntgenkontrastmitteln gleichzusetzen sind und deutlich seltener zu Unverträglichkeitsreaktionen führen.
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	Durch Spezialverfahren gelingt es, den Aussage Wert der Magnetresonanztomographie noch zu erhöhen. Hierzu zählen die sog. Diffusiongewichtete MRT, Perfusions-MRT, MR Protonenspektroskopie, MR-Angiographie und funktionelle MRT.
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	Durch CT oder MRT gewonnene Bilder können 3-dimensional ausgewertet werden. Hierdurch entsteht ein räumliches Abbild der untersuchten Körperregionen, dabei können auch einzelne Organe, Gewebe oder Blutgefäße isoliert dargestellt werden (Multiplanare Rekonstruktion).
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	Die 3-dimensionale Darstellung von Blutgefäßen kann im zeitlichen Verlauf dargestellt werden (sog. zeitaufgelöste Kontrastmittel MR-Angiographie (KM-MRA)).
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	CT und MR Perfusion, funktionales MRT.
VR43	Neuroradiologie	
VR44	Teleradiologie	Nur Notfallversorgung Computertomographie.
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen	Patienten mit Aussackungen der Hirngefäße (Aneurysmen) werden heute primär endovaskulär versorgt. Hierbei wird die Aussackung mit einem sehr feinen Katheter von einer Arterie in der Leiste aus sondiert, dann werden kleinste Metallspiralen in die Aussackung eingebracht.
VR47	Tumorembolisation	Tumoren des Gehirns und des Rückenmarks können mit verschiedenen Verfahren verödet werden. Hierzu sondiert man die Blutgefäße mit kleinen Kathetern und verlegt die den Tumor versorgenden Blutgefäße mit Medikamenten, Partikeln oder Metallspiralen.

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[6].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
3-990	6280	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3-200	5096	Native Computertomographie des Schädels
3-800	1794	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
8-83b	906	Zusatzinformationen zu Materialien
3-802	892	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-203	847	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
3-220	602	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
3-993	556	Quantitative Bestimmung von Parametern
3-820	524	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
1-204	423	Untersuchung des Liquorsystems

B-[6].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. Heddier	◦ Neuroradiologie (VR43)	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

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

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

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

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	0,2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,2
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
Fälle je VK/Person	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ54	Radiologie	
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie	

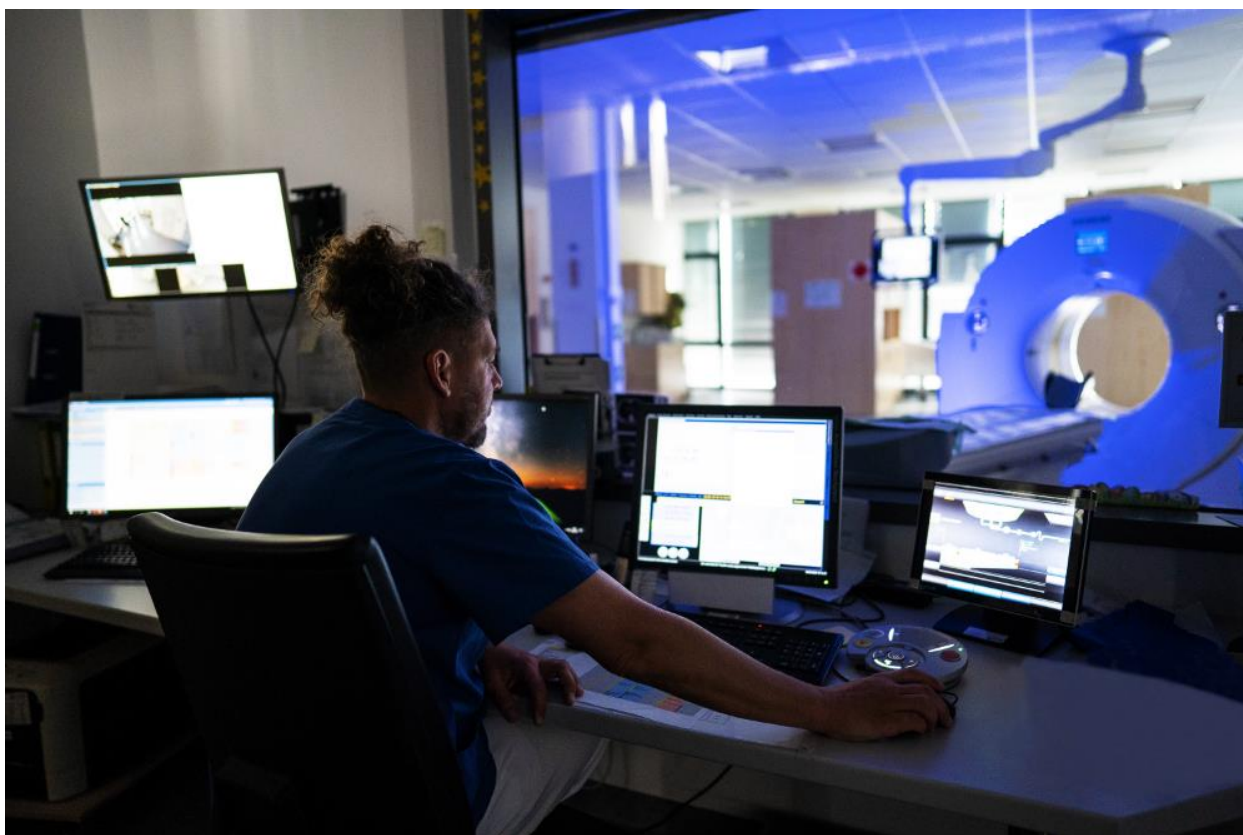
B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

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

B-[7].1 Zentrale Abteilung für Radiologie

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



CT-Ueberwachungsplatz

Einleitungstext

Die Zentrale Abteilung für Radiologie wählt in enger Zusammenarbeit mit allen Fachbereichen des Klinikums für jeden Patienten und jede Patientin das qualifizierteste Untersuchungsverfahren aus. Die Diagnosestellung wird anhand von Röntgenbildern, Schnittbildverfahren und computertomographisch-gesteuerter Gewebeentnahmen durchgeführt. Der Erfolg der gewählten Therapie wird anhand von Verlaufskontrollen abgewägt und beurteilt.

Um dies zu garantieren stehen die modernsten Untersuchungstechniken und dessen Geräte zur Verfügung. Aktuell beinhaltet dies hochauflösende Computertomographen, Magnetresonanztomographen, Angiographiearbeitsplätze und Speicherfoliensysteme. Zusätzlich gehören ein Qualitäts-Ring-Radiologie zertifizierten Mammographie Arbeitsplatz zur Verfügung und ein hochauflösende Ultraschallgeräte zum Equipment.

Wir sind stolz darauf, Ihnen eine breite Palette an modernen radiologischen Dienstleistungen in Diagnostik und Therapie anbieten zu können. Unser Team besteht aus hochqualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die ständig weitergebildet werden, um Ihnen die bestmögliche Versorgung zu bieten.

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Zentrale Abteilung für Radiologie
Fachabteilungsschlüssel	3700
Art der Abteilung	Nicht bettenführende Abteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Johanniter Krankenhaus Oberhausen

Name	Prof. Dr. med. Jörg Neuerburg
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	0203 / 697 - 4321
Fax	0203 / 697 - 4323
E-Mail	joerg.neuerburg@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Steinbrinkstraße 96A
PLZ / Ort	46145 Oberhausen
URL	

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

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

Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VR00	Angioplastie von Gefäßverengungen und Verschlüssen	
VR00	Lyse-Therapie von Blutgefäßen	
VR00	Radio-Frequenz-Ablation maligner Tumore	
VR00	Stentgraftbehandlung von Bauchaortenaneurysmen	
VR00	Tumorembolisation	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR15	Arteriographie	
VR16	Phlebographie	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	PTCD Ableitung gestauter Gallenflüssigkeit
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	
VR41	Interventionelle Radiologie	
VR44	Teleradiologie	
VR47	Tumorembolisation	

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[7].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[7].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
3-990	3397	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
3-226	2574	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
3-225	2558	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3-222	2292	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
8-831	1667	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße
3-206	1179	Native Computertomographie des Beckens
3-207	1161	Native Computertomographie des Abdomens
3-221	632	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel
3-202	428	Native Computertomographie des Thorax
3-24x	352	Andere Computertomographie-Spezialverfahren

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Prof. Dr. Neuerburg	◦ Gesamtes Spektrum der	

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
			diagnostischen und interventionellen Radiologie (VX00)	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

stationäre BG-Zulassung

Nein

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

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

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	0,5
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,5
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
Fälle je VK/Person	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ54	Radiologie	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF23	Magnetresonanztomographie – fachgebunden – (MWBO 2003)	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

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

B-[8].1 Zentrale Abteilung für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Monovetten im Labor

Einleitungstext

Für unsere Patientinnen und Patienten gewährleisten wir schnelle und präzise Diagnosen. Die Zentrale Abteilung für Laboratoriumsmedizin analysiert im Jahr mehr als 3 Millionen Proben und ist dabei auf über 300 verschiedene Untersuchungsmethoden spezialisiert. Die Leistungen umfassen u.a. die Beschaffung und Bereitstellung von passendem Blut und Blutprodukten für Patientinnen und Patienten aller Kliniken im Verbund. Darüber hinaus werden auch transfusionsmedizinische Spezialfälle direkt vor Ort analysiert. Das Labor ist nach der anerkannten Norm DIN ISO 15189 akkreditiert. So wird die Einhaltung höchster Qualitätsstandards durch regelmäßige externe Begutachtungen sichergestellt.

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Zentrale Abteilung für Laboratoriums- und Transfusionsmedizin
Fachabteilungsschlüssel	3700
Art der Abteilung	Nicht bettenführende Abteilung

Chefärztinnen/-ärzte

Name	Dr. med. Claudia Baumann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefärztin
Telefon	0208 / 881 - 3458
Fax	0208 / 881 - 3477
E-Mail	claudia.baumann@eko.de
Strasse / Hausnummer	Virchowstr. 20
PLZ / Ort	46047 Oberhausen
URL	

Johanniter Krankenhaus Oberhausen

Name	Dr. rer. nat. Alexander Schönefuß
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Technische-operative Laborleitung
Telefon	0203 / 451 - 3683
Fax	0203 / 451 - 3296
E-Mail	alexander.schoenefuss@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Fahrnerstraße 133-135
PLZ / Ort	47169 Duisburg
URL	

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

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

Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI27	Spezialsprechstunde	Reisemedizin
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI42	Transfusionsmedizin	Der Chefarzt der Abteilung für Laboratoriumsmedizin ist Leiter des Blutdepots. Der Qualitätsbeauftragte für die Hämotherapie erstellt und aktualisiert das QualitätsmanagementHandbuch, berichtet intern an die Transfusionskommission und extern an die Ärztekammer
VX00	Hygiene und Medizinische Mikrobiologie	Die Abteilung für Laboratoriumsmedizin führt die mikrobiologische Diagnostik durch, bewertet die Erregerspektren und spricht Therapieempfehlungen aus. Der Klinikverbund nimmt an externen Vergleichsuntersuchungen teil.
VX00	Labordiagnostik und Klinische Chemie	Die Zentrale Abteilung für Laboratoriumsmedizin verfügt über zahlreiche labordiagnostische Methoden. Alle Methoden werden durch interne und externe Qualitätssicherungsverfahren überwacht. Auf diese Weise kann der höchstmögliche Sicherheitsstandard für diese Verfahren eingehalten werden.

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[8].6 Diagnosen nach ICD

trifft nicht zu / entfällt

B-[8].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

trifft nicht zu / entfällt

B-[8].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angeborene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz Dr. Baumann	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen (VI33) ◦ Transfusionsmedizin (VI42) 	

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

trifft nicht zu / entfällt

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

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

B-[8].11 Personelle Ausstattung

B-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

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

davon Fachärztinnen und Fachärzte

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

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
Fälle je VK/Person	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ22	Hygiene und Umweltmedizin	
AQ38	Laboratoriumsmedizin	
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
AQ59	Transfusionsmedizin	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF11	Hämostaseologie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

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

B-[9].1 Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik

Bild der Organisationseinheit / Fachabteilung



Anmeldung Tagesklinik

Einleitungstext

Die Tagesklinik ist ein teilstationäres Behandlungsangebot der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Johanniter Krankenhaus Oberhausen (JKO).

Unser tagesklinisches Konzept bietet Patientinnen und Patienten die Möglichkeit einer psychotherapeutischen und psychiatrischen teilstationären Behandlung an fünf Tagen in der Woche von Montag bis Freitag in der Zeit von 8.00 bis 16.00 Uhr. Außerhalb der Behandlungszeiten bleiben die Patientinnen und Patienten im gewohnten sozialen Umfeld.

Eine Aufnahme in die Tagesklinik ist dann angezeigt, wenn eine ambulante Behandlung nicht ausreicht und eine vollstationäre Behandlung noch nicht notwendig ist.

Angaben zur Fachabteilung

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik
Fachabteilungsschlüssel	2960
Art der Abteilung	Nicht bettenführende Abteilung

Leitende Ärztin/Leitender Arzt

Name	Prof. Dr. med. Markus Frings
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	0208 / 697 - 4101
Fax	0208 / 697 - 4103
E-Mail	markus.frings@evkln.de
Strasse / Hausnummer	Steinbrinkstr. 96A
PLZ / Ort	46145 Oberhausen

URL	https://www.evkl.n.de/jko/klinik-fuer-psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/tagesklinik.html
-----	---

Name	Dr. med. Anna Catharina Eßer
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leiterin der Tagesklinik
Telefon	0208 / 697 - 4196
Fax	0208 / 697 - 4413
E-Mail	annacatharina.esser@evkl.n.de
Strasse / Hausnummer	Steinbrinkstr. 96A
PLZ / Ort	46145 Oberhausen
URL	

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

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

V
Kommentar / Erläuterung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	Psychosen werden in der Klinik kombiniert psychopharmakologisch, psychotherapeutisch, psychoedukativ und soziotherapeutisch im stationären und teilstationären Rahmen behandelt.
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	Affektive Störungen (Depressionen, Manien) werden in der Klinik kombiniert psychopharmakologisch, psychotherapeutisch, psychoedukativ und soziotherapeutisch stationär und teilstationär behandelt.
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	Möglichkeiten zur Diagnostik und Behandlung von Neurosen, Belastungsstörungen und somatoformen Störungen bietet die Klinik sowohl im stationären als auch im teilstationären Rahmen. In der Behandlung stehen verschiedene psychotherapeutische Methoden zur Verfügung.
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen führen immer wieder zu Krisen, die einer akuten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bedürfen.
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	Dem zunehmenden Bedarf folgend entwickelte die Klinik einen Schwerpunkt in der Diagnostik und Therapie altersbedingter psychischer Erkrankungen. Für die Diagnostik stehen verschiedene apparative (CCT, MRT, PET), laborchemische, neuropsychologische und psychopathologische Methoden zur Verfügung.
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	

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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	367

B-[9].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
F33	149	Rezidivierende depressive Störung
F32	100	Depressive Episode
F06	33	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F31	25	Bipolare affektive Störung
F20	16	Schizophrenie
F41	13	Andere Angststörungen
F25	7	Schizoaffektive Störungen
F45	5	Somatoforme Störungen
F60	5	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
F61	< 4	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen

B-[9].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
9-649	3993	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
9-607	448	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
8-630	116	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]
1-207	< 4	Elektroenzephalographie [EEG]
9-617	< 4	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal

B-[9].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

keine Angaben

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

trifft nicht zu / entfällt

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-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

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

davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	42,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
Fälle je VK/Person	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ42	Neurologie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	9,89
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,89
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	9,49
Stationäre Versorgung	0,4
Fälle je VK/Person	

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger

Anzahl Vollkräfte	0,09
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,09
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,09
Fälle je VK/Person	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer

Anzahl Vollkräfte	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,01
Fälle je VK/Person	
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP06	Ernährungsmanagement	

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

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

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

Teil C - Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Herzschrittmacher-Implantation 09/1	252	100,40	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel 09/2	60	101,67	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation 09/3	46	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation 09/4	103	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel 09/5	45	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation 09/6	52	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Karotis-Revaskularisation 10/2	67	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Gynäkologische Operationen 15/1	8	100,00	Datenschutz		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Geburtshilfe 16/1	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung 17/1	61	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Mammachirurgie 18/1	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Cholezystektomie CHE	242	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Dekubitusprophylaxe DEK	711	100,00	113		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Herzchirurgie HCH	1105	99,91	Datenschutz		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Offen chirurgische Aortenklappeneingriffe HCH_AK_CHIR	177	100,56	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Koronarchirurgische Operation HCH_KC	581	99,83	Datenschutz		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Offen chirurgische Mitralklappeneingriffe HCH_MK_CHIR	166	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe HCH_MK_KATH	52	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Hüftendoprothesenversorgung HEP	286	100,35	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation HEP_IMP	255	100,39	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel HEP_WE	33	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen HTXM	1	Datenschutz	Datenschutz		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen HTXM_MKU	1	Datenschutz	Datenschutz		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet.
Herztransplantation HTXM_TX	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Anzahl Datensätze Standort	Kommentar des Krankenhauses	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS
Knieendoprothesenversorgung KEP	210	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.
Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation KEP_IMP	206	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.
Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel KEP_WE	4	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.
Leberlebendspende LLS	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lebertransplantation LTX	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation LUTX	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatalogie NEO	49	100,00	0		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.
Nierenlebendspende NLS	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) PCI_LKG	2117	100,33	Datenschutz		Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet.
Nieren- und Pankreas- (Nieren-)transplantation PNTX	0		0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Kennzahl-ID: 10211

Leistungsbereich: Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 6,99

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 6,63 - 7,35

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Fachlicher Hinweis IQTIG: Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den [Methodischen Grundlagen?](#) unter folgendem Link entnommen werden: [?Methodische Grundlagen?](#) des IQTIG, Kapitel 15

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Kennzahl-ID: 12874

Leistungsbereich: Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 0,88

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,79 - 0,97

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Fachlicher Hinweis IQTIG: Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den [Methodischen Grundlagen?](#) unter folgendem Link entnommen werden: [?Methodische Grundlagen?](#) des IQTIG, Kapitel 15

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Kennzahl-ID: 172000_10211

Leistungsbereich: Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Typ des Ergebnisses: EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 11,00

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 9,82 - 12,27

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Fachlicher Hinweis IQTIG: In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung: 1

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

Kennzahl-ID: 172001_10211

Leistungsbereich: Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Typ des Ergebnisses: EKez

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 12,40

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 11,38 - 13,47

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Fachlicher Hinweis IQTIG: In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung: 2

Qualitätsindikator: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Kennzahl-ID: 352001

Leistungsbereich: Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DEQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 1,01

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,93 - 1,09

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus): Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

Kennzahl-ID: 352002

Leistungsbereich: Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Typ des Ergebnisses: TKEZ

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DEQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 4,86

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 4,60 - 5,14

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus): Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Fachlicher Hinweis IQTIG: In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

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

Kennzahl-ID: 352007

Leistungsbereich: Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DEQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 1,06

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,98 - 1,14

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus): Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 352008

Leistungsbereich: Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DEQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 1,03

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,96 - 1,10

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus): Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 372002

Leistungsbereich: Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DEQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 1,05

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,98 - 1,13

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

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

Kennzahl-ID: 372006

Leistungsbereich: Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DEQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 1,06

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,97 - 1,15

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 372007

Leistungsbereich: Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DEQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 1,05

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,98 - 1,13

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 382001

Leistungsbereich: Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DEQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 1,04

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,91 - 1,20

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

Kennzahl-ID: 382002

Leistungsbereich: Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Typ des Ergebnisses: TKEZ

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DEQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 2,23

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 1,92 - 2,59

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Fachlicher Hinweis IQTIG: In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

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

Kennzahl-ID: 382006

Leistungsbereich: Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DEQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 0,94

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,82 - 1,08

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 382007

Leistungsbereich: Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DEQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 0,95

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,84 - 1,08

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Kennzahl-ID: 392003

Leistungsbereich: Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DEQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 0,90

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,75 - 1,10

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

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

Kennzahl-ID: 392011

Leistungsbereich: Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DEQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 0,95

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,83 - 1,08

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 392012

Leistungsbereich: Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DEQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 1,02

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,91 - 1,13

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Kennzahl-ID: 402003

Leistungsbereich: Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DEQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 1,12

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,98 - 1,28

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

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

Kennzahl-ID: 402011

Leistungsbereich: Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DEQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 1,05

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,92 - 1,18

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Kennzahl-ID: 402012

Leistungsbereich: Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DEQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 1,03

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,91 - 1,15

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Qualitätsindikator: Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Kennzahl-ID: 51906

Leistungsbereich: Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 1,08

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 1,03 - 1,14

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

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

Kennzahl-ID: 52009

Leistungsbereich: Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit:

Bundesergebnis: 1,06

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 1,05 - 1,07

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl):

Rechnerisches Ergebnis: 2,46

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 1,82 - 3,32

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

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

Kennzahl-ID: 52010

Leistungsbereich: Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 0,00

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,00 - 0,00

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus): Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

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

Kennzahl-ID: 521800

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Leistungsbereich: Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Typ des Ergebnisses: TKeZ

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 0,01

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,01 - 0,01

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 0,00

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,00 - 0,06

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Fachlicher Hinweis IQTIG: In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

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

Kennzahl-ID: 521801

Leistungsbereich: Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Typ des Ergebnisses: TKeZ

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 0,06

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,06 - 0,06

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 0,12

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,06 - 0,24

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Fachlicher Hinweis IQTIG: In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Kennzahl-ID: 52283

Leistungsbereich: Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 3,01

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 2,91 - 3,11

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

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

Kennzahl-ID: 52326

Leistungsbereich: Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Typ des Ergebnisses: TKeZ

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 0,35

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,35 - 0,35

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: 0,50

Vertrauensbereich (Krankenhaus): 0,36 - 0,70

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Fachlicher Hinweis IQTIG: In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen (Transparenzkennzahlen, ergänzende Kennzahlen, kalkulatorische Kennzahlen etc.) zusätzliche Informationen an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben solche Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt. Nähere Informationen zu Kennzahlen sind unter folgendem Link zu finden: <https://iqtig.org/kennzahlenkonzept/>

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Kennzahl-ID: 56003

Leistungsbereich: Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 81,10

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 80,65 - 81,55

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Fachlicher Hinweis IQTIG: Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den [Methodischen Grundlagen](#) unter folgendem Link entnommen werden: [Methodische Grundlagen](#) des IQTIG, Kapitel 15

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

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

Kennzahl-ID: 56004

Leistungsbereich: Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 1,51

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 1,38 - 1,66

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Fachlicher Hinweis IQTIG: Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den [Methodischen Grundlagen](#) unter folgendem Link entnommen werden: [Methodische Grundlagen](#) des IQTIG, Kapitel 15

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Qualitätsindikator: Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

Kennzahl-ID: 56008

Leistungsbereich: Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 0,23

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,22 - 0,24

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis: Datenschutz

Vertrauensbereich (Krankenhaus): Datenschutz

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Kennzahl-ID: 56014

Leistungsbereich: Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 95,08

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 94,86 - 95,30

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

Gemäß Teil 2 § 19 Abs. 8, Verfahren QS PCI, DeQS-RL befindet sich die Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI für die ersten 4,5 Jahre (2022-2026) in der Erprobung, sodass die Ergebnisse für das Berichtsjahr 2024 standortbezogen ohne Referenzbereich veröffentlicht werden.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Kennzahl-ID: 60685

Leistungsbereich: Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 0,77

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 0,69 - 0,85

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

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

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

Qualitätsindikator: Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Kennzahl-ID: 60686

Leistungsbereich: Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Ergebnisse der Qualitätssicherung

Einheit: %

Bundesergebnis: 18,44

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 17,71 - 19,19

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Fachlicher Hinweis IQTIG: Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den [?Methodischen Grundlagen?](#) unter folgendem Link entnommen werden: [?Methodische Grundlagen?](#) des IQTIG, Kapitel 15

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

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

Kennzahl-ID: 612

Leistungsbereich: Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Typ des Ergebnisses: QI

Bezug des Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Regelungen des G-BA: DeQS

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus: nein

Einheit: %

Bundesergebnis: 89,36

Referenzbereich (bundesweit):

Vertrauensbereich (bundesweit): 89,05 - 89,67

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl): /

Rechnerisches Ergebnis:

Vertrauensbereich (Krankenhaus):

Ergebnis im Berichtsjahr:

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr:

Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr:

Fachlicher Hinweis IQTIG: Der Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein oder mehrere Qualitätsmerkmale dar und ermöglicht einen Abgleich zwischen Indikatorergebnissen und konkreter Anforderung. Es ist zu beachten, dass ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Im sogenannten Stellungnahmeverfahren wird das auffällige Ergebnis analysiert und eine Bewertung der Qualität vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können den [?Methodischen Grundlagen?](#) unter folgendem Link entnommen werden: [?Methodische Grundlagen?](#) des IQTIG, Kapitel 15

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen:

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses:

Risikoadjustierte Rate:

Bezug andere QS Ergebnisse:

Sortierung:

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
Leistungsbereich: Alle Fachbereiche
Bezeichnung des Qualitätsindikators: Aktion Saubere Hände (ASH)
Ergebnis: Bronze Zertifikat
Messzeitraum: kontinuierlich
Datenerhebung:
Rechenregeln:
Referenzbereiche:
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: https://www.aktion-sauberehaende.de/ash/module/krankenhaeuser/
Leistungsbereich: Krankenhausapotheke
Bezeichnung des Qualitätsindikators: Apothekenspezifisches QM-System
Ergebnis: Qualitäts-Zertifikat
Messzeitraum:
Datenerhebung: jährlich
Rechenregeln:
Referenzbereiche:
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: https://www.abda.de/themen/apotheke/qualitaetssicherung0/
Leistungsbereich: Alle Fachbereiche
Bezeichnung des Qualitätsindikators: KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System)
Ergebnis: Keine Auffälligkeiten im Benchmark
Messzeitraum:
Datenerhebung: kontinuierlich
Rechenregeln:
Referenzbereiche:
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: https://www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/
Leistungsbereich: Klinik Lungen- und Bronchialheilkunde
Bezeichnung des Qualitätsindikators: Kennzahlen des Lungenkrebszentrums nach DKG
Ergebnis: Erfüllung der Qualitätskriterien gemäß Kennzahlenbogen
Messzeitraum:
Datenerhebung: kontinuierlich
Rechenregeln:
Referenzbereiche:
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage:
Leistungsbereich: Prostatakarzinomzentrum
Bezeichnung des Qualitätsindikators: Kennzahlen des Prostatakarzinomzentrums der DKG
Ergebnis: Erfüllung der Qualitätskriterien gemäß Kennzahlenbogen
Messzeitraum: 01.01.2024 - 31.12.2024
Datenerhebung: Vollerhebung - UroCloud

Sonstige Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Rechenregeln:
Referenzbereiche:
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: http://www.onkoziert.de/prostatakrebszentren.htm
Leistungsbereich: Alle Fachbereiche
Bezeichnung des Qualitätsindikators: MRSA-Prävention
Ergebnis: Qualitätssiegel (EQS1)
Messzeitraum:
Datenerhebung: kontinuierlich
Rechenregeln:
Referenzbereiche:
Vergleichswerte:
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage: https://www.lzg.nrw.de/inf_schutz/krkhs-hygiene/mre_netzwerke/siegel/index.html

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmetatbestand	Kommentar/Erläuterung
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	40	67		

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Leistungsbereich	Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen
Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	ja
Im Berichtsjahr erbrachte Leistungsmenge	67
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge	114
Die Prognose wurde von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt	ja
Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)	
Sondergenehmigung der Landesbehörden zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung erteilt	

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

keine Angaben

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der Hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

keine Angaben

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	43
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	40
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	37

(*) 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)

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Interdisziplinäre Intensivstation, Lungen- und Bronchialheilkunde, Nephrologie, Urologie	Intensivmedizin	JKO ANINT	Nacht	100,00	0	
Interdisziplinäre Intensivstation, Lungen- und Bronchialheilkunde, Nephrologie, Urologie	Intensivmedizin	JKO ANINT	Tag	100,00	0	
Lungen- und Bronchialheilkunde	Innere Medizin	JKO 01.3	Nacht	100,00	0	
Lungen- und Bronchialheilkunde	Innere Medizin	JKO 01.3	Tag	100,00	0	
Lungen- und Bronchialheilkunde, Nephrologie, Urologie	Innere Medizin, Urologie	JKO 02	Tag	100,00	0	am 1.4. geschlossen
Lungen- und Bronchialheilkunde, Nephrologie, Urologie	Urologie	JKO 02	Nacht	100,00	0	am 1.4. geschlossen
Lungen- und Bronchialheilkunde, Thoraxchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	JKO 01.3	Tag	100,00	0	
Lungen- und Bronchialheilkunde, Thoraxchirurgie	Allgemeine Chirurgie	JKO 01.3	Nacht	100,00	0	
Lungen- und Bronchialheilkunde, Thoraxchirurgie, Urologie	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Urologie	JKO E	Tag	100,00	0	Aufnahmestation, Besetzung von 7:00 - 15:00 Uhr, bzw. bis zur Verlegung des letzten Patienten
Lungen- und Bronchialheilkunde, Urologie	Innere Medizin, Urologie	JKO E	Tag	100,00	0	Aufnahmestation, Besetzung von 7:00 - 15:00 Uhr, bzw. bis zur Verlegung des letzten Patienten

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Lungen- und Bronchialheilkunde, Urologie	Urologie	JKO E	Nacht	100,00	0	Aufnahmestation, Besetzung von 7:00 - 15:00 Uhr, bzw. bis zur Verlegung des letzten Patienten, Ausnahmsweise 3 Nachtbelegungen; Aufnahmestation, Besetzung von 7:00 - 15:00 Uhr, bzw. bis zur Verlegung des letzten Patienten, Ausnahmsweise 1 Nachtbelegung
Thoraxchirurgie, Urologie	Allgemeine Chirurgie, Urologie	JKO 01	Tag	100,00	0	
Thoraxchirurgie, Urologie	Allgemeine Chirurgie	JKO 01	Nacht	100,00	0	
Urologie	Urologie	JKO 01	Nacht	100,00	0	
Urologie	Urologie	JKO 01	Tag	100,00	0	

8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Interdisziplinäre Intensivstation, Lungen- und Bronchialheilkunde, Nephrologie, Urologie	Intensivmedizin	JKO ANINT	Tag	89,07	
Interdisziplinäre Intensivstation, Lungen- und Bronchialheilkunde, Nephrologie, Urologie	Intensivmedizin	JKO ANINT	Nacht	99,18	
Lungen- und Bronchialheilkunde	Innere Medizin	JKO 01.3	Tag	100,00	
Lungen- und Bronchialheilkunde	Innere Medizin	JKO 01.3	Nacht	100,00	
Lungen- und Bronchialheilkunde, Nephrologie, Urologie	Urologie	JKO 02	Nacht	91,50	am 1.4. geschlossen
Lungen- und Bronchialheilkunde, Nephrologie, Urologie	Innere Medizin, Urologie	JKO 02	Tag	90,96	am 1.4. geschlossen
Lungen- und Bronchialheilkunde, Thoraxchirurgie	Allgemeine Chirurgie	JKO 01.3	Nacht	100,00	
Lungen- und Bronchialheilkunde, Thoraxchirurgie	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin	JKO 01.3	Tag	100,00	

Fachabteilung	Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentar
Lungen- und Bronchialheilkunde, Thoraxchirurgie, Urologie	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin, Urologie	JKO E	Tag	97,21	Aufnahmestation, Besetzung von 7:00 - 15:00 Uhr, bzw. bis zur Verlegung des letzten Patienten
Lungen- und Bronchialheilkunde, Urologie	Innere Medizin, Urologie	JKO E	Tag	97,21	Aufnahmestation, Besetzung von 7:00 - 15:00 Uhr, bzw. bis zur Verlegung des letzten Patienten
Lungen- und Bronchialheilkunde, Urologie	Urologie	JKO E	Nacht	100,00	Aufnahmestation, Besetzung von 7:00 - 15:00 Uhr, bzw. bis zur Verlegung des letzten Patienten, Ausnahmsweise 3 Nachtbelegungen; Aufnahmestation, Besetzung von 7:00 - 15:00 Uhr, bzw. bis zur Verlegung des letzten Patienten, Ausnahmsweise 1 Nachtbelegung
Thoraxchirurgie, Urologie	Allgemeine Chirurgie	JKO 01	Nacht	93,72	
Thoraxchirurgie, Urologie	Allgemeine Chirurgie, Urologie	JKO 01	Tag	96,72	
Urologie	Urologie	JKO 01	Nacht	93,72	
Urologie	Urologie	JKO 01	Tag	96,72	

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):

Quartal 1

Erwachsenenpsychiatrie

Einrichtungs-Struktur

Regionale Pflichtversorgung				
Geschlossene Bereiche:		ja		
24-Stunden-Präsenzdienste:		ja		
Strukturangaben der Stationen				
Stationsbezeichnung	Planbetten mit vollstationärer Versorgung	Planplätze mit teilstationärer Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Station 03 P	27	0	C = offene, nicht elektive Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Station 11	41	0	C = offene, nicht elektive Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Station 12	37	0	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Station 13	35	0	C = offene, nicht elektive Station	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen
Station 14	36	0	C = offene, nicht elektive Station	G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie
Station 15	37	0	C = offene, nicht elektive Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Tagesklinik 1	0	40	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Tagesklinik 2	0	30	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Behandlungsbereich:				Behandlungsumfang:
A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung				9177
A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung				3144
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung				2831
G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung				1354
G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung				1059

Regionale Pflichtversorgung				
G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung				67
S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung				535
S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung				481
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe Tagdienst				
Berufsgruppe	Mindestanforderungen wurden eingehalten	Geleistete Stunden durch Mindestpersonalausstattung	Geleistete Stunden durch tatsächliche Personalausstattung	Umsetzungsgrad
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	nein	9254	7759	83,84
Pflegefachpersonen	ja	44483	45309	101,86
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	ja	2796	3107	111,12
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	nein	5916	3107	52,52
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	ja	1293	1335	103,25
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	ja	3551	3523	99,21
Ausnahmetatbestände				
Ausnahmetatbestand 1:	nein			
Ausnahmetatbestand 2:	nein			
Ausnahmetatbestand 3:	nein			
Ausnahmetatbestand 4:	nein			

Einhaltung der Mindestvorgaben für Einrichtung im Nachtdienst

Einhaltung der Mindestvorgaben Nachtdienst	
Mindestanforderungen erfüllt:	nein
Pflegefachpersonen	
Tatsächliche Personalausstattung Vollzeitkraft:	10991
Mindestvorgabe Vollzeitkraft:	165
Anzahl der Nächte in denen die Mindestvorgabe erfüllt wurde:	0
Ist-Personalausstattung Vollzeitkraft:	121

Quartal 2

Erwachsenenpsychiatrie

Einrichtungs-Struktur

Regionale Pflichtversorgung				
Geschlossene Bereiche:		ja		
24-Stunden-Präsenzdienste:		ja		
Strukturangaben der Stationen				
Stationsbezeichnung	Planbetten mit vollstationärer Versorgung	Planplätze mit teilstationärer Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Station 03 P	27	0	C = offene, nicht elektive Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Station 11	41	0	C = offene, nicht elektive Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Station 12	37	0	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Regionale Pflichtversorgung				
Station 13	35	0	C = offene, nicht elektive Station	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen
Station 14	36	0	C = offene, nicht elektive Station	G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie
Station 15	37	0	C = offene, nicht elektive Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Tagesklinik 1	0	40	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Tagesklinik 2	0	30	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Behandlungsbereich				Behandlungsumfang
A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung				9718
A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung				3645
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung				2456
G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung				805
G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung				468
S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung				746
S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung				598
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe Tagdienst				
Berufsgruppe	Mindestanforderungen wurden eingehalten	Geleistete Stunden durch Mindestpersonalausstattung	Geleistete Stunden durch tatsächliche Personalausstattung	Umsetzungsgrad
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	nein	9303	6807	73,17
Pflegefachpersonen	nein	43803	39549	90,29
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	ja	2668	2574	96,48
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	nein	5762	3006	52,16
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	ja	1260	1476	117,14
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	nein	3560	2887	81,1
Ausnahmetatbestände				
Ausnahmetatbestand 1:	nein			
Ausnahmetatbestand 2:	nein			
Ausnahmetatbestand 3:	nein			
Ausnahmetatbestand 4:	nein			

Einhaltung der Mindestvorgaben für Einrichtung im Nachtdienst

Einhaltung der Mindestvorgaben Nachtdienst	
Mindestanforderungen erfüllt:	nein
Pflegefachpersonen	
Tatsächliche Personalausstattung Vollzeitkraft:	11289
Mindestvorgabe Vollzeitkraft:	166
Anzahl der Nächte in denen die Mindestvorgabe erfüllt wurde:	0
Ist-Personalausstattung Vollzeitkraft:	124

Quartal 3

Erwachsenenpsychiatrie

Einrichtungs-Struktur

Regionale Pflichtversorgung

Regionale Pflichtversorgung				
Geschlossene Bereiche:		ja		
24-Stunden-Präsenzdienste:		ja		
Strukturangaben der Stationen				
Stationsbezeichnung	Planbetten mit vollstationärer Versorgung	Planplätze mit teilstationärer Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Station 03 P	26	0	C = offene, nicht elektive Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Station 11	31	0	C = offene, nicht elektive Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Station 12	32	0	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Station 13	32	0	C = offene, nicht elektive Station	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen
Station 14	32	0	C = offene, nicht elektive Station	G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie
Station 15	32	0	C = offene, nicht elektive Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Tagesklinik 1	0	30	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Tagesklinik 2	0	20	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Behandlungsbereich:				Behandlungsumfang:
A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung				10439
A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung				3161
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung				3077
G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung				1160
G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung				206
G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung				10
S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung				680
S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung				400
Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe Tagdienst				
Berufsgruppe	Mindestanforderungen wurden eingehalten	Geleistete Stunden durch Mindestpersonalausstattung	Geleistete Stunden durch tatsächliche Personalausstattung	Umsetzungsgrad
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	nein	9471	7439	78,54
Pflegefachpersonen	ja	43374	41066	94,68
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	nein	2917	2587	88,67
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	nein	6028	3486	57,84
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	ja	1295	1482	114,45
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	nein	3689	3061	82,98
Ausnahmetatbestände				
Ausnahmetatbestand 1:	nein			
Ausnahmetatbestand 2:	nein			
Ausnahmetatbestand 3:	nein			
Ausnahmetatbestand 4:	nein			

Einhaltung der Mindestvorgaben für Einrichtung im Nachtdienst

Einhaltung der Mindestvorgaben Nachtdienst

Mindestanforderungen erfüllt:	nein
Pflegefachpersonen	
Tatsächliche Personalausstattung Vollzeitkraft:	12715
Mindestvorgabe Vollzeitkraft:	144
Anzahl der Nächte in denen die Mindestvorgabe erfüllt wurde:	30
Ist-Personalausstattung Vollzeitkraft:	138

Quartal 4

Erwachsenenpsychiatrie

Einrichtungs-Struktur

Regionale Pflichtversorgung

Geschlossene Bereiche:	ja
24-Stunden-Präsenzdienste:	ja

Strukturangaben der Stationen

Stationsbezeichnung	Planbetten mit vollstationärer Versorgung	Planplätze mit teilstationärer Versorgung	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung
Station 03 P	26	0	C = offene, nicht elektive Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Station 11	31	0	C = offene, nicht elektive Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Station 12	32	0	A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Station 13	32	0	C = offene, nicht elektive Station	S = Konzeptstation für Suchterkrankungen
Station 14	32	0	C = offene, nicht elektive Station	G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie
Station 15	32	0	C = offene, nicht elektive Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Tagesklinik 1	0	30	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie
Tagesklinik 2	0	20	E = elektive offene Station	A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

Behandlungsbereich:

	Behandlungsumfang:
A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung	10790
A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung	2306
A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung	2701
G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung	950
G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung	279
G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung	0
S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung	1058
S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung	582

Einhaltung der Mindestvorgaben pro Berufsgruppe Tagdienst

Berufsgruppe	Mindestanforderungen wurden eingehalten	Geleistete Stunden durch Mindestpersonalausstattung	Geleistete Stunden durch tatsächliche Personalausstattung	Umsetzungsgrad
Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	nein	9471	7439	78,54
Pflegefachpersonen	ja	43374	41066	94,68
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	nein	2917	2587	88,67
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	nein	6028	3486	57,84

Johanniter Krankenhaus Oberhausen

Regionale Pflichtversorgung				
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	ja	1295	1482	114,45
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	nein	3689	3061	82,98
Ausnahmetatbestände				
Ausnahmetatbestand 1:	nein			
Ausnahmetatbestand 2:	nein			
Ausnahmetatbestand 3:	nein			
Ausnahmetatbestand 4:	nein			

Einhaltung der Mindestvorgaben für Einrichtung im Nachtdienst

Einhaltung der Mindestvorgaben Nachtdienst	
Mindestanforderungen erfüllt:	nein
Pflegefachpersonen	
Tatsächliche Personalausstattung Vollzeitkraft:	12945
Mindestvorgabe Vollzeitkraft:	144
Anzahl der Nächte in denen die Mindestvorgabe erfüllt wurde:	41
Ist-Personalausstattung Vollzeitkraft:	141

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

keine Angaben