



AGAPLESION
DIAKONISSEN KRANKENHAUS

QUALITÄTSBERICHT 2013

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
für das Berichtsjahr 2013

Erstellt am 31.01.2015



Inhaltsverzeichnis

	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	9
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	15
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	17
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	18
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	18
A-10	Gesamtfallzahlen	18
A-11	Personal des Krankenhauses	19
A-12	Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	20
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	20
A-14	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	21
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen.....	24
B-1	Medizinisch-Geriatriische Klinik.....	24
B-2	Tagesklinik Geriatrie	31
C	Qualitätssicherung.....	34
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	34
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	97
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	97



C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	97
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	98
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	98
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V	98
	Qualitätsmanagement.....	99

Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

Position: Qualitätsmanagementbeauftragter
Titel, Vorname, Name: Frank Geib
Telefon: 069/9533-2136
Fax: 069/5330-34
E-Mail: frank.geib@fdk.info



Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Position: Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Dennis Göbel
Telefon: 069/9533-2666
Fax: 069/5330-34
E-Mail: markus@fdk.info



Weiterführende Links

Link zur Homepage des Krankenhauses: <http://www.diakonissen-krankenhaus.de>

Link zu weiterführenden Informationen: <http://www.agaplesion.de>

Frankfurt am Main, im Januar 2015

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei kaum einer Dienstleistung spielen Qualitätsfragen eine so herausragende Rolle wie im Krankenhaus. Das liegt daran, dass die Qualität unserer Arbeit so unmittelbaren Einfluss auf die Lebensqualität von Patienten und Bewohnern hat. Die traditionsreichen christlichen Einrichtungen von AGAPLESION können dabei auf eine lange Erfahrung zurückgreifen. Viele von ihnen nahmen ihre Arbeit bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts auf, als die Diakonie in Deutschland begann, ihre karitative Arbeit zu professionalisieren und den Staat mit in die Pflicht zu nehmen.

Die Qualität von Medizin und Pflege hat sich in den vergangenen Jahren in großen Schritten weiterentwickelt. Dabei ist die Komplexität des Themas in der Öffentlichkeit wenig bekannt und stellt Mitarbeitende wie auch Experten vor immer neue Herausforderungen. Entscheidend ist daher, wie die Vielzahl der existierenden Richtlinien und gesetzlichen Vorschriften an die Mitarbeitenden kommuniziert wird, damit einheitliche Qualitätsstandards auch gelebt werden können. Darum hat der AGAPLESION Vorstand Wissen und Bildung als strategischen Schwerpunkt für das Jahr 2015 gesetzt.

Ein offenes Wort: Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser, so wie sie seit 2004 gesetzlich vorgeschrieben sind, versetzen Patienten noch nicht in die Lage, selbstständig eine valide Entscheidung zu treffen, in welchem Krankenhaus sie sich in Behandlung begeben wollen. Zu sehr sind die berichteten Zahlen interpretationsbedürftig. Dennoch glauben wir, dass die Veröffentlichung ein großer Schritt in Richtung Transparenz und Objektivierung ist. Dass die Berichte nun jährlich veröffentlicht werden müssen und nicht mehr nur zweijährig, ist daher nur zu begrüßen.

Die Qualitätspolitik des christlichen Gesundheitskonzerns AGAPLESION geht jedoch weit über die gesetzlich vorgeschriebene Umsetzung von Einzelmaßnahmen hinaus. Sie zielt darauf ab, die zahlreichen Instrumente der Qualitätssicherung systematisch miteinander zu verzahnen. Dazu hat AGAPLESION ein nach DIN ISO 9001:2008 zertifiziertes Qualitätsmanagement-System etabliert, in das jede der rund einhundert Einrichtungen eingebunden ist. Es ermöglicht eine kontinuierliche Prozessoptimierung, um eine exzellente Ergebnisqualität herzustellen und damit letztlich die Lebensqualität unserer Patienten und Bewohner zu verbessern.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Vorstand
AGAPLESION gAG

Frankfurt am Main, im Januar 2015

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Das AGAPLESION DIAKONISSEN KRANKENHAUS verfügt als Schwerpunktkrankenhaus über eine Medizinisch-Geriatrie Klinik. Die Medizinisch-Geriatrie Klinik ist mit über 102 vollstationären Betten und 25 tagesklinischen Plätzen eine der größten Geriatrien im Rhein-Main-Gebiet. Im Zentrum der Bemühungen steht der Patient im fortgeschrittenen Lebensalter.

Bereits 2004 ist im AGAPLESION DIAKONISSEN KRANKENHAUS ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt worden. Qualitätsmanagement (QM) bedeutet, dass alle Bereiche in der Klinik – von der ärztlichen und pflegerischen Behandlung bis zur Verwaltung – begutachtet, regelmäßig kontrolliert und die Umsetzung anhand messbarer Kriterien kontinuierlich überprüft wird. Dabei muss das Ergebnis für die Patienten spürbar sein und die Kundenzufriedenheit erhöht werden. Darum geht es uns!

„Qualität ist das Gegenteil von Zufall“, sagt ein Sprichwort. Was das konkret umfasst und bedeutet, erfahren Sie auf den folgenden Seiten im Qualitätsbericht für das Jahr 2013. Es ist uns wichtig, hochwertige Standards zu schaffen, Althergebrachtes in Frage zu stellen, Bewährtes festzuschreiben und Neues kontinuierlich fortzuentwickeln.

Wir hoffen, Ihnen mit dem vorliegenden Bericht und den darin enthaltenen Zahlen, Daten und Fakten einen guten, umfassenden Einblick in unsere Leistungen und Angebote zu bieten.

Bei Fragen steht Ihnen der Qualitätsmanagementbeauftragte der Klinik, Herr Frank Geib, unter der Telefonnummer (069) 9533 - 2136 oder per E-Mail zur Verfügung: frank.geib@fdk.info

Weitere Informationen finden Sie unter www.diakonissen-krankenhaus.de

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Dr. med. Dennis Göbel, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Frankfurt, den 14. Januar 2015



Dr. med. Dennis Göbel
Geschäftsführer
AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS

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

A-1 **Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses**

Krankenhaus

Krankenhausname: AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN gGmbH

Hausanschrift: Ginnheimer Landstraße 94
60487 Frankfurt am Main

Institutionskennzeichen: 260641243

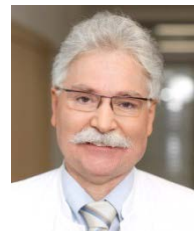
Standortnummer: 99

Telefon: 069/9533-0
Fax: 069/5330-34

E-Mail: info@fdk.info
URL: <http://www.fdk.info>

Ärztliche Leitung

Position: Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name: Prof. Dr. med. Markus Sold
Telefon: 069/9533-2256
Fax: 069/9533-2681
E-Mail: Markus.sold@fdk.info



Pflegedienstleitung

Position: Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name: Ingrid Mauritz
Telefon: 069/9533-2252
Fax: 069/5343-79
E-Mail: ingrid.mauritz@fdk.info



Verwaltungsleitung

Position: Vorsitzender der Geschäftsführung
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Dennis Göbel
Telefon: 069/9533-2666
Fax: 069/5330-34
E-Mail: dennis.goebel@fdk.info



Standort

Standortname: AGAPLESION DIAKONISSEN KRANKENHAUS

Hausanschrift: Holzhausenstraße 72-92
60322 Frankfurt am Main

Institutionskennzeichen: 260641243

Standortnummer: 03

Telefon: 069/95937-50
Fax: 069/95937-5399

E-Mail: diakonissen@fdk.info
URL: <http://www.diakonissen-krankenhaus.de/>

Ärztliche Leitung

Position: Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name: PD Dr. med. Rupert Püllen
Telefon: 069/95937-5311
Fax: 069/95937-5312
E-Mail: rupert.puellen@fdk.info



Pflegedienstleitung

Position: Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name: Birgit Soltau
Telefon: 069/95937-5200
Fax: 069/95937-5541
E-Mail: birgit.soltau@fdk.info



Verwaltungsleitung

Position: Verwaltungsdirektor
Titel, Vorname, Name: Dr. med. Roland Strasheim
Telefon: 069/9533-2930
Fax: 069/9533891-2930
E-Mail: roland.strasheim@fdk.info



A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN gGmbH
Art: Freigemeinnützig



A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: Ja
Universität: Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Psychiatrisches Krankenhaus: Nein
Regionale Versorgungsverpflichtung: Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	Patienten- und Angehörigenakademie "Medizin im Dialog" der AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN; Bereitstellung von Informationen zu Krankheitsbildern für Angehörige und Interessierte; Schwerpunkt auf Thema "Pflege von Angehörigen bei Demenz"
MP54	Asthmaschulung	In speziellen Schulungen erhalten Patienten mit Asthma Informationen zum Umgang mit ihrer Erkrankung, damit sie ihren Alltag freier und unkomplizierter gestalten können. Neben therapeutischen Maßnahmen, wie die optimale Medikation, werden auch präventive Maßnahmen thematisiert.
MP06	Basale Stimulation	Ziel ist es, die Bewegung, Kommunikation und Wahrnehmung von beeinträchtigten Patienten zu fördern und zu aktivieren.
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitsprobung	Zu unseren Angeboten im Bereich Belastungstherapie gehören u. a. das Belastungs-EKG und die Kippisch- sowie Lungenfunktionsanalyse. Diese Untersuchungen werden in verschiedenen Fachbereichen durchgeführt.
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	Rehabilitationsberatung zur größtmöglichen Wiederherstellung der Selbstständigkeit
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Hospizdienst; stationäre Palliativversorgung und ambulante spezielle Palliativversorgung in Kooperation mit dem AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS; Trauerbegleitung; Abschiedsraum; Seelsorge
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Wiederherstellung der alltäglichen Bewegungsabläufe und Schmerzbewältigung
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Beratung zu Nahrungsmittelunverträglichkeiten; Magen-Darm-Erkrankungen; Übergewicht; Hypertonie; Diabetes; Stoffwechselerkrankungen
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Pflegeüberleitung; Sozialdienstberatung; frühzeitige Hilfsmittelversorgung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Beschäftigungs- und Ergotherapie Räume, z. B. für: Holz-, Ton-, Design- und Batikarbeiten, Haushaltstraining, Malen und Gestalten, Büro-, EDV-, Konzentrations- und Gedächtnistraining.
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Fallsteuerung in enger Abstimmung mit Patient, Sozialdienst, Therapeuten, Ärztlichem Dienst und Pflegedienst; Case Management; Kodierung
MP18	Fußreflexzonenmassage	Fußreflexzonenmassagen werden u. a. zur Anregung des Stoffwechsels und der Durchblutung durchgeführt.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	Für akut erkrankte Demenzpatienten wurde ein eigener Bereich geschaffen, der auf die speziellen Bedürfnisse dieser Patientengruppe ausgerichtet ist (z.B. Therapiehund, Memory Clinic).
MP21	Kinästhetik	Bewegungs- und Handlungsunterstützung um bewegungs- und wahrnehmungsbeeinträchtigte Patienten richtig anzuleiten. Dabei steht besonders der gezielte Einsatz der patienteneigenen Ressourcen im Mittelpunkt.
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Verhaltensinterventionen (z. B. Toilettentraining); Selbstständigkeitstraining (um Abhängigkeiten beim Toilettengang zu vermeiden oder zu beheben); Hilfsmittelauswahl und Training; Beckenbodenzentrum
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Diese Technik dient hauptsächlich der Entstauung geschwollener Körperregionen. Durch sanfte, kreisende Massagegriffe können die Schwellungen reduziert und abgebaut werden. Die Lymphdrainage findet vor allem in postoperativen Nachbehandlungen und bei chronischen Gefäßerkrankungen ihre Anwendung.
MP25	Massage	Bindegewebmassage (BGM); Fußreflexzonenmassage
MP26	Medizinische Fußpflege	Unterstützung, Anleitung bei der Fußpflege über externe Fußpflegeinstituten

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Die Physiotherapie umfasst Behandlungsmethoden, wie die Schlingentisch-Behandlung, manuelle Therapie, Kinesio-Taping oder Gerätetherapie, und orientiert sich stets an den Funktionseinschränkungen sowie Beschwerden des Patienten.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP); Krankengymnastik am Gerät/ med. Trainingstherapie
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Fortbildungsreihe "Medizin im Dialog" beinhaltet eine Vielzahl an Präventionsangebote (bspw. Verbeugung koronarer Erkrankungen).
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	z.B. Gesprächstherapie
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Im Bereich der Physiotherapie werden für Patienten mit Haltungsfehler oder nach Operation Gangschulungen angeboten.
MP37	Schmerztherapie/-management	Zertifizierte Akutschmerztherapie; Weiterbildung Pain Nurse; Einsatz von Schmerzexperten auf Station
MP63	Sozialdienst	Betreuung krankheitsbedingter; familiärer, persönlicher und wirtschaftlicher Sorgen; Vermittlung an Stationäre und teilstationäre Einrichtungen der Pflege und Rehabilitation sowie Anschlussheilbehandlungen
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	z.B. Messepräzens; Darstellung der Klinik und der Pflegeausbildung an allgemeinbildenden Schulen
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	z.B. Schulungen zur Vermeidung von Stürzen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Im Bereich der Entspannungstherapie bieten wir Heißluft, Fango, heiße Rolle, Fußreflex- und verschiedene Massagen sowie die Behandlung von Migräne und Kopfschmerzen an.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	In Kooperation mit der Diabetologie des AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUSES. Anleitung zur Blutzuckermessung, Festlegung der benötigten Insulinmenge, Anwendung von Spritzen und Insulinpens sowie eine diabetesgerechte Ernährung; Kooperation zu diabetesgerechter Ernährung mit externer Ernährungsberatung
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	z.B. Stomaberatung; Kontinenzberatung; Wundenexperten; Hygieneexperten; Schmerzexperten und Pain Nurse; spezielle Angebote für die Geriatrie (Zercur); Palliative Care
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Unser Angebot der Bewegungstherapie reicht von Gymnastik bis Gerätetraining. Diese Therapieformen sind sowohl ambulant als auch stationär in den Praxisräumen der physikalischen Therapie verfügbar. Techniken, wie Dehnungen, Massage, Gelenkbehandlung oder Muskelkräftigung.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	Aufgabe der Logopädie ist die Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen, die oft durch einen Schlaganfall oder andere neurologische Erkrankungen entstehen.
MP45	Stomatherapie/-beratung	z.B. Stomaexperten; Rehabilitation des Stomaträgers durch angemessene Aufklärung; Anleitung zur Stomapflege
MP51	Wundmanagement	Einsatz von Wundexperten auf den Stationen; Versorgung von chronischen Wunden sowie von komplizierten operativen Wunden

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Zur Förderung der Durchblutung und der Schmerzlinderung werden z. B. Heißluftbehandlung (oder Rotlicht) durchgeführt. Kältepackungen oder lokale Eiseinreibungen dienen der Linderung von Entzündungssymptomen an den Gelenken und Sehnen, Schmerzen und Entzündungen sowie Schwellungen.
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege	Kooperation mit Wohn- und Pflegeeinrichtungen, sowie ambulanten Pflegediensten im Rahmen des Entlassmanagements
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	Manualtherapie kann nach Bedarf in der Einrichtung angeboten werden.
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	Kooperation mit ansässigen Sanitätshäusern (Anpassung der Prothesen erfolgt bereits während des Krankenhausaufenthaltes)

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			Anzahl: 8
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		http://www.diakonissen-krankenhaus.de/fileadmin/Diakonissen_FFM/Patienten___Besucher/DK_Patienteninformationen_A-Z.pdf	Generell besteht die Möglichkeit, eine Begleitperson des Patienten im gleichen Zimmer unterzubringen. Hierfür fallen zusätzliche Kosten an.
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0€	http://www.diakonissen-krankenhaus.de/fileadmin/Diakonissen_FFM/Patienten___Besucher/DK_Patienteninformationen_A-Z.pdf	Die Nutzung von Fernsehern ist kostenfrei. Der Ton am Fernsehgerät kann mit oder ohne Kopfhörer empfangen werden. Die Kopfhörer können gegen ein Entgelt von 3 Euro am Eingangsbereich erworben werden.
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag: 0€	http://www.diakonissen-krankenhaus.de/fileadmin/Diakonissen_FFM/Patienten___Besucher/DK_Patienteninformationen_A-Z.pdf	Wer einen eigenen Laptop mitbringt, hat über ein Ticketsystem (Empfang) die Möglichkeit, kostenlos das Internet über WLAN zu nutzen.
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0€	http://www.diakonissen-krankenhaus.de/fileadmin/Diakonissen_FFM/Patienten___Besucher/DK_Patienteninformationen_A-Z.pdf	Die Nutzung von Radio ist kostenfrei. Der Ton am Fernsehgerät kann mit oder ohne Kopfhörer empfangen werden. Die Kopfhörer sind gegen ein Entgelt von 3 Euro am Eingangsbereich zu erwerben. Den Patienten stehen mehrere Rundfunkprogramme zur Verfügung.
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 1,97€ Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15€ Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,0€	http://www.diakonissen-krankenhaus.de/fileadmin/Diakonissen_FFM/Patienten___Besucher/DK_Patienteninformationen_A-Z.pdf	Jeder Patient erhält während seines stationären Aufenthaltes ein persönliches Telefon mit eigener Rufnummer.



Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde maximal: 0,0€ Kosten pro Tag maximal: 0,0€	http://www.diakonissen-krankenhaus.de/fileadmin/Diakonissen_FFM/Patienten__Besucher/DK_Patienteninformationen_A-Z.pdf	Auf dem Gelände des Krankenhauses befindet sich ein Besucherparkplatz.
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen		http://www.diakonissen-krankenhaus.de/fileadmin/Diakonissen_FFM/Patienten__Besucher/DK_Patienteninformationen_A-Z.pdf	Die Patientenbegleiter unterstützen die Patienten bei Bedarf. Daneben begleiten Pflegeserviceassistenten und der Transportdienst oder die Pflegekraft den Patienten falls nötig, z. B. auf Station.
NM42	Seelsorge		http://www.diakonissen-krankenhaus.de/Seelsorge.5084.0.html	Die Seelsorge in unseren Krankenhäusern bietet unabhängig von Konfessions- und Religionszugehörigkeit Hilfe und Begleitung an. Dazu gehören neben dem Gespräch: Gebet und Segen, Feier des Abendmahls, Krankenkommunion und Krankensalbung am Bett des sterbenden Menschen.
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen		http://www.diakonissen-krankenhaus.de/Veranstaltungen.5173.0.html	Die Veranstaltungsreihe "Medizin im Dialog" bietet Patienten, Angehörigen und Besuchern die Möglichkeit, neben den Gesprächen mit dem behandelnden Arzt, der Pflege und den Therapeuten, Informationen über Krankheitsbilder und Untersuchungs- wie auch Behandlungsmethoden zu erhalten.

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Link	Kommentar
NM67	Andachtsraum		http://www.diakonissen-krankenhaus.de/Seelsorge.5084.0.html	Angehörigen wird die Möglichkeit gegeben, Abschied im Patientenzimmer zu nehmen. Alternativ kann der Aussegnungsraum oder auch die Pietät genutzt werden, worauf die Angehörige hingewiesen werden. In der Kapelle besteht für die Angehörigen die Möglichkeit, sich zurückzuziehen.
NM02	Ein-Bett-Zimmer			Anzahl: 5
NM10	Zwei-Bett-Zimmer			Anzahl: 15
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			Anzahl: 15

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	Einzelne Aspekte der Barrierefreiheit finden Sie den Fachabteilungen zugeordnet.
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	Die Aufzüge verfügen über behindertengerechte Ausstattungen wie z.B. Lichtvorhang (erkennt Personen und Hindernisse im Türbereich und verhindert Türschließen), rollstuhlgerechtes horizontales Kabinentableau und Notrufeinrichtung. Aufzüge auf den Zwischenstockwerken auf Station.
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	Rollstuhlgerechte barrierefreie Toiletten; Dies bedeutet ein spezielles WC-Becken mit ausreichenden Bewegungsflächen vor und neben dem WC sowie hochklappbaren Stützklappgriffen.
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	Große, kontrastreiche Wegweiser zur besseren Orientierung der Patienten mit einem geringeren Sehvermögen.

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Viele der an den Krankenhäusern tätigen Mitarbeiter sind als Privatdozenten und Professoren an den deutschen Universitäten und Hochschulen (z. B. Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Johannes Gutenberg-Universität in Mainz, Charité Universitätsmedizin Berlin) tätig.
FL03	Studentenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Medizinstudenten können im Anschluss an das theoretische Studium ihr Praktisches Jahr im Haus absolvieren. Teil der Ausbildung sind Fortbildungsveranstaltungen sowie die Teilnahme am klinischen Alltag. Auch Studenten der Pflege-, Rechts- und Betriebswissenschaften können ihr Praktikum absolvieren.
FL09	Doktorandenbetreuung	In verschiedenen Fachbereichen (z.B Chirurgie, Innere Medizin) werden Doktoranden mit dem Ziel einer wissenschaftlichen Promotion betreut. Die praktischen Einsätze werden fächer- und standortübergreifend durchgeführt.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	Im Jahr 2005 wurde das Diakonieseminar AGAPLESION gegründet, welches eine diakonisch geprägte Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege anbietet. Seitdem werden Auszubildende in 6 Kursen ausgebildet. Hierbei erfolgt eine intensive Zusammenarbeit mit dem Nordwest-Krankenhaus Frankfurt.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten: 127

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 1798
Teilstationäre Fallzahl: 354

Ambulante Fallzahl: 0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	14,9 Vollkräfte
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	4,8 Vollkräfte
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen

A-11.2 Pflegepersonal

Pflegepersonal	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	34,7 Vollkräfte	3 Jahre
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	12,0 Vollkräfte	3 Jahre
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	2,6 Vollkräfte	2 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	5,8 Vollkräfte	1 Jahr
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,5 Vollkräfte	ab 200 Stunden Basiskurs

A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl (Vollkräfte)
SP02	Medizinischer Fachangestellter und Medizinische Fachangestellte	1,0
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	6,0
SP14	Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	3,0
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	9,0
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	1,8
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	2,0
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	3,0
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	1,0
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	5,0

A-11.4 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)
Krankenhausthygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	3
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	2

Hygienekommission eingerichtet: Ja
Vorsitzende/r: Prof. Dr. med Markus Sold



A-12 Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Position: Qualitätsmanagementbeauftragter
Schwerpunkt: Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name: Frank Geib
Telefon: 069/9533-2136
Fax: 069/5330-34
E-Mail: frank.geib@fdk.info
Straße, Nr.: Wilhelm-Epstein-Straße 4
PLZ, Ort: 60431 Frankfurt am Main

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Trifft nicht zu.

A-14 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja Das Lob- und Beschwerdemanagement, unser sogenanntes Meinungsmanagement, orientiert sich an dem in der Literatur ausgewiesenen Beschwerdemanagementprozess. AGAPLESION hat sich bewusst für die Formulierung Meinungsmanagement entschieden, weil dieser Begriff sämtliche Meinungsäußerungen, wie Lob, Anregungen und Beschwerden umfasst.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja Für die Meinungsstimulierung, Meinungsannahme, Meinungsbearbeitung und Meinungsauswertung liegt ein schriftliches, verbindliches konzernweites Konzept zum Beschwerdemanagement (unser sogenanntes Meinungsmanagement) für alle Einrichtungen vor.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja unseren freundlichen Mitarbeiter äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche, Ansprüche und Bedürfnisse zu realisieren. Auch unsere Mitarbeiterin des Meinungsmanagement nimmt gerne Meinungen entgegen.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja Für unsere Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter sind an zentralen Orten des Krankenhauses unsere Meinungsbögen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ ausgelegt. Sofern es gewünscht ist, können Mitarbeiter helfen, den Meinungsbogen auszufüllen. Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer, Fax, E-Mailadresse) des Ansprechpartners im Meinungsmanagement sind veröffentlicht und folglich für jeden zugänglich, so dass eine Meinung schriftlich, telefonisch oder auch elektronisch mitgeteilt werden kann.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	Ja Die Rückmeldung an den Meinungsführer liegt innerhalb einer festgelegten Frist (optimal innerhalb von 5 Tagen), sofern Kontaktdaten vorliegen und es sich um eine Beschwerde handelt.

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Position:	Meinungsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name:	Inge Cziesche
Telefon:	069/95937-5423
Fax:	069/95937-5422
E-Mail:	inge.cziesche@fdk.info
Straße, Nr.:	Holzhausenstraße 72-92
PLZ, Ort:	60322 Frankfurt am Main

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

Link zum Bericht: <http://www.diakonissen-krankenhaus.de/Lob-Beschwerden-und.5073.0.html>
Kommentar: Lob, Anregungen oder Beschwerden der Patienten, Angehörigen oder Besucher nimmt sich eine Mitarbeiterin des Meinungsmanagement an. Sie steuert den gesamten Meinungsmanagementprozess von Aufnahme über Bearbeitung bis hin zur statistischen Auswertung und Rückmeldung an den Meinungsführer.

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Position: Patientenfürsprecher
Titel, Vorname, Name: Hans-Jürgen Kaestner
Telefon: 069/95937-5223
Fax: /-
E-Mail: hans-juergen.kaestner@unitybox.de
Straße, Nr.: Holzhausenstraße 72-92
PLZ, Ort: 60322 Frankfurt am Main

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Kommentar: Für alle Anliegen, Anregungen, Verbesserungsvorschläge oder Beschwerden steht unseren Patienten und Ihren Angehörigen ein Patientenfürsprecher als unabhängiger Ansprechpartner zur Seite - auch in Notsituationen.

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Position: Meinungsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name: Inge Cziesche
Telefon: 069/95937-5423
Fax: 069/95937-5422
E-Mail:

Zusatzinformationen Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Kommentar: Vertraulichkeit hat einen hohen Stellenwert. Auf dem Meinungsbogen ist ein Hinweis, dass die „Angaben zur Person“ freiwillig sind und somit die Abgabe auch anonym erfolgen kann. Zur Gewährleistung der Anonymität sind Briefkästen aufgestellt.

Telefon: 069/95937-5423
E-Mail: inge.cziesche@fdk.info
Link zum Kontakt: <http://www.diakonissen-krankenhaus.de/Lob-Beschwerden-und.5073.0.html>

Patientenbefragungen

Durchgeführt:

Link:

Kommentar:

Ja

<http://www.diakonissen-krankenhaus.de/Qualitaetsmanagement.5072.0.html>

Zur Ermittlung der Kundenzufriedenheit werden regelhaft folgende Patientengruppen mittels "Consort- Befragung" befragt:

- Patienten des stationären geriatrischen Bereichs
- Patienten der geriatrischen Tagesklinik

Einweiserbefragungen

Durchgeführt:

Link:

Kommentar:

Ja

<http://www.diakonissen-krankenhaus.de/Qualitaetsmanagement.5072.0.html>

Um die Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus zu messen, finden regelhaft Befragungen statt. Die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte mit unserem Krankenhaus ist ein guter Indikator für die Qualität unserer Leistungen.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Medizinisch-Geriatriische Klinik

B-1.1 Allgemeine Angaben - Medizinisch-Geriatriische Klinik

Ab einem gewissen Lebensalter können typische Probleme wie nachlassendes Hör- und Sehvermögen, Vergesslichkeit, Schmerzen oder auch Stürze und die Störung der Gehfähigkeit häufiger auftreten. Das kann die Selbstständigkeit und Lebensqualität stark einschränken.

Unter Geriatrie versteht man jenen Bereich der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter beschäftigt. Unsere Medizinisch-Geriatriische Klinik hat sich nicht nur der Diagnose und Behandlung altersbedingter Erkrankungen verschrieben. Sie ist besonders darauf ausgerichtet, die Selbstständigkeit des Patienten so weit wie möglich wiederherzustellen, Schmerzen zu lindern und die Beweglichkeit zu fördern.

Fokus Demenz: Kompetenz und Verantwortung

Ein Schwerpunkt der Abteilung ist der Umgang mit verwirrten älteren Menschen. Dazu steht ein spezieller Bereich für akut erkrankte Demenzpatienten hier im Haus zur Verfügung, der auf die besonderen Bedürfnisse dieser Patientengruppe ausgerichtet ist.

Fachabteilung: Medizinisch-Geriatriische Klinik

Fachabteilungsschlüssel: 0200
0100
0102
0103
0104
0300
0500
0533
0700
0800
0900
1600
3752

Art: Hauptabteilung

Chefarzt/Chefärztin: PD Dr. med. Rupert Püllen

Ansprechpartner: Monika Sommer (Chefarztsekretariat)

Hausanschrift: Holzhausenstraße 72-92
60322 Frankfurt am Main

Telefon: 069/95937-5311
Fax: 069/95937-5312

E-Mail: monika.sommer@fdk.info

URL: <http://www.diakonissen-krankenhaus.de/Medizinisch-Geriatri.5234.0.html><http://www.fdk.info>



B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß DKG: Keine Vereinbarung geschlossen
Kommentar:

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote - Medizinisch-Geriatriische Klinik

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Medizinisch-Geriatriische Klinik	Kommentar
VI00	VI00 - Sonstige im Bereich Innere Medizin	Behandlungsschwerpunkte der Medizinisch Geriatriischen Klinik: Neurologische Erkrankungen und Schlaganfällen; Herzerkrankungen; Lungenerkrankungen; Stoffwechselerkrankungen; Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems; Gangstörung; Chronische Schmerzsyndrome
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	spezieller Bereich für akut erkrankte Demenzpatienten; Krankengymnastik; Massage; physikalische Therapie; Ergotherapie; Logopädie; Psychologie; Kontinenzberatung; Sozialarbeit; aktivierende Pflege und Seelsorge; alle gängigen Untersuchungsverfahren von Ultraschalldiagnostik bis Endoskopie

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Medizinisch-Geriatriische Klinik

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Medizinisch-Geriatriische Klinik	Kommentar
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Schwerpunktversorgung Demenzerkrankter. Kennzeichnung der Räumlichkeiten und Toiletten durch Piktogramme. Gestaltung eines geschützten Bereiches (z.B. für weglaufgefährdete Patienten) durch besondere Farbgestaltung. Milieugerechter Tagesraum.
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	Betreuung Demenzerkrankter durch besonders qualifiziertes Personal. Zusätzliche Unterstützung durch Präsenzkraft. Einsatz eines Therapiehundes im Demenzbereich in Begleitung durch eine Psychologin.
BF24	Diätetische Angebote	Auswahl aus einer Vielzahl von Komponenten, soweit das im Rahmen der ärztlich verordneten Kostform möglich ist. Patienten erhalten individuelle Beratungen auch über die besonderen Aspekte der Ernährung; vegetarische Gerichte
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	Für jede Indikation gibt es einen geeigneten Kompressionsstrumpf. Dieser wird immer individuell auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt.
BF25	Dolmetscherdienst	Das AGAPLESION DIAKONISSENKRANKENHAUS verfügt über einen vertraglich angebundenen Dolmetscherdienst.
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	Bosnisch; englisch; eritreisch; französisch; indisch; italienisch; koreanisch; kroatisch; litauisch; mazedonisch; serbokroatisch; persisch; philippinisch; polnisch; portugiesisch; rumänisch; russisch; spanisch; tschechisch; türkisch; ukrainisch; ungarisch; weißrussisch

B-1.5 Fallzahlen - Medizinisch-Geriatriische Klinik

Vollstationäre Fallzahl: 1798
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	R26	304	Störungen des Ganges und der Mobilität
2	S72	223	Fraktur des Femurs
3	S32	106	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
4	I50	78	Herzinsuffizienz
5	S22	45	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule
6	I63	41	Hirninfarkt
7	J18	34	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
8	S42	32	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes
9	I21	30	Akuter Myokardinfarkt
10	J44	30	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung
11	M54	30	Rückenschmerzen
12	I70	27	Atherosklerose
13	T84	24	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
14	C18	22	Bösartige Neubildung des Kolons
15	S06	21	Intrakranielle Verletzung

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-550	1366	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
2	9-401	637	Psychosoziale Interventionen
3	1-770	436	Multidimensionales geriatrisches Screening und Minimalassessment
4	3-990	127	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
5	8-930	110	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
6	1-206	49	Neurographie
7	8-800	47	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
8	1-207	44	Elektroenzephalographie (EEG)
9	9-200	37	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
10	8-855	32	Hämodiafiltration
11	1-440	26	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
12	1-710	24	Ganzkörperplethysmographie
13	1-208	22	Registrierung evozierter Potentiale
14	8-987	17	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
15	8-607	16	Hypothermiebehandlung

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz PD. Dr. med. Rupert Püllen

Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
Kommentar	Sprechstunde
Angebotene Leistung	Spezialsprechstunde (VI27)

AMBULANTES THERAPIEZENTRUM Ergotherapie

Ambulanzart	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (AM10)
Kommentar	AMBULANTES THERAPIEZENTRUM Irina Horchler Holzhausenstr. 72-92 60322 Frankfurt am Main T (069) 95 93 7 - 54 00 F (069) 95 93 7 - 54 01

AMBULANTES THERAPIEZENTRUM Logopädie

Ambulanzart	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (AM10)
Kommentar	AMBULANTES THERAPIEZENTRUM Catrine Finkler Holzhausenstr. 72-92 60322 Frankfurt am Main T (069) 95 93 7 - 54 00 F (069) 95 93 7 - 54 01

AMBULANTES THERAPIEZENTRUM Physiotherapie

Ambulanzart	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (AM10)
Kommentar	AMBULANTES THERAPIEZENTRUM Gabriele Ermentraut Holzhausenstr. 72-92 60322 Frankfurt am Main T (069) 95 93 7 - 54 00 F (069) 95 93 7 - 54 01

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	13,6 Vollkräfte	132,20587
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	3,5 Vollkräfte	513,71429
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ63	Allgemeinmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF09	Geriatric
ZF13	Homöopathie
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin

B-1.11.2 Pflegepersonal

Pflegepersonal	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	34,7 Vollkräfte	51,81556	3 Jahre
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	10,4 Vollkräfte	172,88463	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	5,8 Vollkräfte	310,00000	1 Jahr
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,5 Vollkräfte	3596,00000	ab 200 Stunden Basiskurs
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	2,6 Vollkräfte	691,53851	2 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ02	Diplom

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP07	Geriatric
ZP08	Kinästhetik
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP17	Case Management
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP03	Diabetes
ZP19	Sturzmanagement

B-1.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-2 Tagesklinik Geriatrie

B-2.1 Allgemeine Angaben - Tagesklinik Geriatrie

Neben der vollstationären Behandlung besteht die Möglichkeit der teilstationären Behandlung in der Geriatriischen Tagesklinik. Sie umfasst ebenfalls Diagnostik, Therapie und Pflege. Die tagesklinische Behandlung beginnt um 9.00 Uhr morgens und endet nachmittags circa 16.00 Uhr. Gegen 12.00 Uhr wird im Aufenthaltsraum ein Mittagessen serviert.

Zielsetzung der tagesklinischen Behandlung

Ziel der tagesklinischen Behandlung ist es, dem älteren Patienten die vollstationäre Behandlung zu verkürzen oder im günstigsten Fall ganz zu ersparen. Dabei soll der Patient so weit wie möglich in seinen sozialen Verbindungen bleiben, möglichst viel Eigenständigkeit beibehalten bzw. wiedererlangen und trotzdem die erforderliche medizinische Diagnostik und Therapie erhalten.

Gelegentlich wird in diesem Rahmen geklärt, ob ein Patient noch weiterhin zu Hause zurecht kommt oder eine andere Versorgung notwendig ist. Diese Abklärung erfolgt im geriatrischen Team in enger Abstimmung mit Patient, Angehörigen und Hausarzt.

Fachabteilung:	Tagesklinik Geriatrie
Fachabteilungsschlüssel:	0260 0200 0261
Art:	Hauptabteilung
Chefarzt/Chefärztin:	PD Dr. med. Rupert Püllen
Ansprechpartner:	Monika Sommer (Chefarztsekretariat)
Hausanschrift:	Holzhausenstraße 72-92 60322 Frankfurt am Main
Telefon:	069/95937-5311
Fax:	069/95937-5312
E-Mail:	monika.sommer@fdk.info
URL:	http://www.diakonissen-krankenhaus.de



B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Zielvereinbarung gemäß DKG: Keine Vereinbarung geschlossen
Kommentar:

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote - Tagesklinik Geriatrie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Tagesklinik Geriatrie	Kommentar
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI44	Geriatrische Tagesklinik	Behandlung von Patienten mit funktionellen Einbußen, insbesondere Gangstörungen oder Schmerzsyndrome; Memory Klinik zur Abklärung kognitiver Defizite bei multimorbiden älteren Patienten, die Abklärung von Gedächtnisstörungen älterer Patienten sowie das Abklären und die Prävention von Stürzen.

B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Tagesklinik Geriatrie

Nr.	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Tagesklinik Geriatrie	Kommentar
BF25	Dolmetscherdienst	Das AGAPLESION DIAKONISSENKRANKENHAUS verfügt über einen vertraglich angebundnen Dolmetscherdienst.

B-2.5 Fallzahlen - Tagesklinik Geriatrie

Vollstationäre Fallzahl: 0
Teilstationäre Fallzahl: 354

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-98a	2902	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung
2	1-902	45	Testpsychologische Diagnostik
3	1-204	7	Untersuchung des Liquorsystems
4	1-710	5	Ganzkörperplethysmographie
5	1-207	4	Elektroenzephalographie (EEG)
6	3-990	4	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
7	1-206	< 4	Neurographie
8	3-993	< 4	Quantitative Bestimmung von Parametern
9	3-994	< 4	Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik
10	8-800	< 4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen	Anzahl	Fälle je Vollkraft
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	1,3 Vollkräfte	0,00000
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	1,3 Vollkräfte	0,00000
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-2.11.2 Pflegepersonal

Pflegepersonal	Anzahl	Fälle je Vollkraft	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	0 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	1,6 Vollkräfte	0,00000	3 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP07	Geriatric
ZP19	Sturzmanagement

B-2.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

C-1.1.[1] Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für:

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	260	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	17	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	42	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	187	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	24	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	57	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	80	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Cholezystektomie (12/1)	331	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	183	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Geburtshilfe (16/1)	735	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	96	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2)	196	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/3)	24	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (17/5)	180	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/7)	9	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Mammachirurgie (18/1)	506	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21/3)	3415	98,90	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	311	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	810	100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ¹		100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)		100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)		100,00	Bei den aufgeführten Fallzahlen und Dokumentationsraten handelt es sich um eine gemeinsame Angabe für alle 3 Standorte.

¹In den Leistungsbereichen isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

C-1.2.[1] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem QS-Verfahren für:

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

C-1.2.[1] A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	287 / 295
Ergebnis (Einheit)	97,30%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	97,20 - 97,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	274 / 282
Ergebnis (Einheit)	97,20%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	97,30 - 97,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	13 / 13
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	94,10 - 94,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	234 / 256
Ergebnis (Einheit)	91,40%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	94,50 - 94,70%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-Score = 0)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	55 / 56
Ergebnis (Einheit)	98,20%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	95,70 - 96,10%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Score = 1 oder 2)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	122 / 128
Ergebnis (Einheit)	95,30%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	90,80 - 91,10%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verlaufskontrolle CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage
Zähler / Nenner	231 / 243
Ergebnis (Einheit)	95,10%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,10 - 98,20%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)
Kennzahlbezeichnung	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit mittlerem Risiko
Zähler / Nenner	31 / 32
Ergebnis (Einheit)	96,90%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	97,30 - 97,70%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)
Kennzahlbezeichnung	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit hohem Risiko
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	1,46 - 2,80%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
Zähler / Nenner	220 / 226
Ergebnis (Einheit)	97,30%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	92,70 - 93,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung
Zähler / Nenner	213 / 220
Ergebnis (Einheit)	96,80%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	97,60 - 97,70%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	19 / 267
Ergebnis (Einheit)	7,10%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 13,80%
Vertrauensbereich	7,80 - 8,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,95
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,92 - 0,94
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit niedrigem Risiko
Zähler / Nenner	0 / 61
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,40%
Vertrauensbereich	1,50 - 1,80%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 bis 2)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit mittlerem Risiko
Zähler / Nenner	15 / 180
Ergebnis (Einheit)	8,30%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 14,40%
Vertrauensbereich	8,10 - 8,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 bis 4)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit hohem Risiko
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 40,70%
Vertrauensbereich	22,60 - 24,10%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Zähler / Nenner	273 / 291
Ergebnis (Einheit)	93,80%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 98,00%
Vertrauensbereich	93,30 - 93,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	A41 - Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
Kommentar Krankenhaus	Es finden einrichtungsintern Schulungen zum Thema Dokumentation statt. Die Einrichtung bemüht sich um die vollständige Erfassung in den QS-Bögen.

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 22
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	5,30 - 6,20%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfalloperation
Zähler / Nenner	0 / 22
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	5,00 - 5,80%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 1,82$
Vertrauensbereich	0,84 - 0,98
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)
Qualitätsindikator (QI)	Status am 30. postoperativen Tag
Kennzahlbezeichnung	Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt
Zähler / Nenner	22 / 22
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	70,00 - 71,70%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit nach 30 Tagen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit 30 Tage nach Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	5,80 - 7,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I
Zähler / Nenner	22 / 22
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 52,00%
Vertrauensbereich	73,90 - 75,60%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	2,50 - 3,20%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfalloperation
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	2,00 - 2,60%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 1,91$
Vertrauensbereich	0,77 - 0,97
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)
Qualitätsindikator (QI)	Status am 30. postoperativen Tag
Kennzahlbezeichnung	Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	78,70 - 80,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit nach 30 Tagen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit 30 Tage nach Operation
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	2,40 - 3,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus
Kennzahlbezeichnung	Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengangs nach Entfernung der Gallenblase
Zähler / Nenner	0 / 331
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,11 - 0,14%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus
Kennzahlbezeichnung	Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengangs nach Entfernung der Gallenblase – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,87 - 1,14
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Reintervention aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	2,30 - 2,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,26
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,33
Vertrauensbereich	0,99 - 1,05
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Reintervention aufgrund von Komplikationen nach laparoskopischer Operation
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase mittels Bauchspiegelung (Laparoskopie)
Zähler / Nenner	0 / 184
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,10 - 1,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten ohne lebensbedrohliche Grunderkrankung (ASA 1-3)
Zähler / Nenner	0 / 331
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,10 - 0,14%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit im Krankenhaus
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,90 - 0,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,94
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,52
Vertrauensbereich	0,92 - 1,01
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Kennzahlbezeichnung	Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	95,60 - 96,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts
Zähler / Nenner	239 / 239
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	97,30 - 97,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt > 20 Minuten
Kennzahlbezeichnung	Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten
Zähler / Nenner	0 / 4
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,72 - 1,14%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung des Nabelarterien pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen
Kennzahlbezeichnung	Bestimmung des Säuregehalts im Nabelschnurblut von Neugeborenen
Zähler / Nenner	722 / 729
Ergebnis (Einheit)	99,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	99,10 - 99,20%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Kennzahlbezeichnung	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,20 - 0,20%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
Kennzahlbezeichnung	Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	95,20 - 95,80%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen
Kennzahlbezeichnung	Kritischer Zustand des Neugeborenen
Zähler / Nenner	0 / 707
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 0,00%
Vertrauensbereich	0,00 - 0,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten
Kennzahlbezeichnung	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt
Zähler / Nenner	4 / 470
Ergebnis (Einheit)	0,85%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,30 - 1,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten
Kennzahlbezeichnung	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,62
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,25
Vertrauensbereich	0,98 - 1,04
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie
Kennzahlbezeichnung	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt ohne Dammschnitt
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,00 - 1,10%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Kennzahlbezeichnung	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,68
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,70
Vertrauensbereich	0,96 - 1,08
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Gynäkologische Operationen Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebentfernung
Kennzahlbezeichnung	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken
Zähler / Nenner	0 / 54
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00%
Vertrauensbereich	1,50 - 1,70%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Gynäkologische Operationen Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Kennzahlbezeichnung	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,00%
Vertrauensbereich	13,00 - 14,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Gynäkologische Operationen Organerhaltung bei Ovareingriffen
Kennzahlbezeichnung	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung
Zähler / Nenner	31 / 33
Ergebnis (Einheit)	93,90%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 77,80%
Vertrauensbereich	90,70 - 91,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Konisation bei Ektopie oder Normalbefund
Kennzahlbezeichnung	Operation am Muttermund (sog. Konisation) ohne bösartigen Befund
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,50%
Vertrauensbereich	3,20 - 4,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Fehlende postoperative Histologie nach Konisation
Kennzahlbezeichnung	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation am Muttermund (sog. Konisation)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00%
Vertrauensbereich	0,30 - 0,60%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	13 / 13
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 84,20%
Vertrauensbereich	95,20 - 96,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	17 / 17
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 88,40%
Vertrauensbereich	97,20 - 97,60%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	14 / 14
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 87,20%
Vertrauensbereich	96,80 - 97,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	17 / 17
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 87,90%
Vertrauensbereich	96,70 - 97,20%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Kennzahlbezeichnung	Beachtung der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers
Zähler / Nenner	239 / 252
Ergebnis (Einheit)	94,80%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	96,50 - 96,80%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Kennzahlbezeichnung	Beachtung der Leitlinien bei der Auswahl eines Herzschrittmachers
Zähler / Nenner	247 / 250
Ergebnis (Einheit)	98,80%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	97,40 - 97,70%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Herzschrittmacher
Zähler / Nenner	32 / 32
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 75,00%
Vertrauensbereich	94,70 - 95,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Herzschrittmacher
Zähler / Nenner	222 / 222
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00%
Vertrauensbereich	98,10 - 98,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Zähler / Nenner	0 / 260
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,00%
Vertrauensbereich	0,80 - 1,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Vorhofsendendislokation
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung der Sonde im Herzvorhof
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00%
Vertrauensbereich	0,90 - 1,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Ventrikelsondendislokation
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung von Sonden in den Herzkammern
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00%
Vertrauensbereich	0,70 - 0,80%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schrittmachersonde im Vorhof
Zähler / Nenner	210 / 226
Ergebnis (Einheit)	92,90%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00%
Vertrauensbereich	92,10 - 92,60%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schrittmachersonden in den Herzkammern
Zähler / Nenner	264 / 265
Ergebnis (Einheit)	99,60%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	98,70 - 98,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Alle verstorbenen Patienten
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	7 / 260
Ergebnis (Einheit)	2,69%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,30 - 1,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	3,12
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 4,03$
Vertrauensbereich	1,00 - 1,13
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	7 / 7
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich	98,00 - 98,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	15 / 15
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	99,00 - 99,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schrittmachersonde im Vorhof während der Operation
Zähler / Nenner	7 / 7
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,30 - 99,10%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schrittmachersonde in der Herzkammer während der Operation
Zähler / Nenner	15 / 15
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,50 - 99,10%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Revidierte Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV
Kennzahlbezeichnung	Anpassen der Vorhofsonde zum Erreichen eines ausreichenden Signalausfalls (mindestens 1,5 mV)
Zähler / Nenner	7 / 7
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00%
Vertrauensbereich	91,20 - 93,20%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnis für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV
Kennzahlbezeichnung	Anpassen der Herzkammersonde zum Erreichen eines ausreichenden Signalausfalls (mindestens 4 mV)
Zähler / Nenner	15 / 15
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	98,50 - 99,10%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnis für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	189 / 196
Ergebnis (Einheit)	96,40%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	95,10 - 95,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnis für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaprophylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	195 / 196
Ergebnis (Einheit)	99,50%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	99,70 - 99,70%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode
Kennzahlbezeichnung	Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	185 / 196
Ergebnis (Einheit)	94,40%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	95,80 - 96,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,90 - 1,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,01
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,16
Vertrauensbereich	0,98 - 1,08
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	0 / 196
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,30 - 0,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 9,39
Vertrauensbereich	0,82 - 0,98
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,40 - 0,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,10
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,56
Vertrauensbereich	0,98 - 1,13
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,50 - 1,60%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,32
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,57
Vertrauensbereich	0,93 - 1,01
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,18 - 0,23%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	2,70
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,00 - 1,24
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	23 / 24
Ergebnis (Einheit)	95,80%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 84,70%
Vertrauensbereich	93,30 - 93,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	24 / 24
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	99,70 - 99,80%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens
Zähler / Nenner	0 / 24
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,60 - 2,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,69
Vertrauensbereich	0,81 - 0,97
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	0 / 24
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,80 - 2,10%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,46
Vertrauensbereich	0,97 - 1,15
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	6,70 - 7,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,09
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,40
Vertrauensbereich	1,00 - 1,09
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 24
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	1,49 - 1,80%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,88 - 1,06
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme oder sturzbedingter Fraktur im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Operation über 48 Stunden nach Bruch des Oberschenkelknochens und Aufnahme im Krankenhaus
Zähler / Nenner	13 / 96
Ergebnis (Einheit)	13,50%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00%
Vertrauensbereich	12,80 - 13,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei endoprothetischer Versorgung
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Versorgung des Bruchs mittels künstlichem Hüftgelenk
Zähler / Nenner	64 / 64
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	99,60 - 99,70%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung der fixierenden Metallteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,00 - 1,10%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung bzw. Funktionsstörung der fixierenden Metallteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	2,75
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,92
Vertrauensbereich	0,96 - 1,08
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	0 / 64
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,60 - 0,80%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks nach Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,31
Vertrauensbereich	0,82 - 1,01
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektion
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,00 - 1,10%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,91
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,84
Vertrauensbereich	0,94 - 1,05
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen
Zähler / Nenner	7 / 96
Ergebnis (Einheit)	7,29%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	2,70 - 2,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	2,58
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,08
Vertrauensbereich	0,93 - 1,00
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei ansonsten gesunden oder leicht erkrankten Patienten (ASA 1 oder 2)
Zähler / Nenner	0 / 22
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,59 - 0,78%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 3
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit schwerer Allgemeinerkrankung (ASA 3)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	5,00 - 5,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei osteosynthetischer Versorgung
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs mittels fixierender Metallteile
Zähler / Nenner	0 / 30
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,60%
Vertrauensbereich	4,60 - 5,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei endoprothetischer Versorgung
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs mittels künstlichem Hüftgelenk
Zähler / Nenner	6 / 64
Ergebnis (Einheit)	9,40%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 13,30%
Vertrauensbereich	5,70 - 6,20%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,08
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,97 - 1,02
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 75 min
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 75 Minuten
Zähler / Nenner	24 / 24
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00%
Vertrauensbereich	90,80 - 92,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	17 / 17
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,70 - 99,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	34 / 34
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,50 - 98,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schockgeber-sonde im Vorhof während der Operation
Zähler / Nenner	22 / 22
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,70 - 99,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Zähler / Nenner	0 / 24
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,31 - 0,59%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 24
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,11 - 0,29%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Indikation
Kennzahlbezeichnung	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers
Zähler / Nenner	168 / 187
Ergebnis (Einheit)	89,80%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	93,40 - 93,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U99 - Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Kommentar Geschäftsstelle	Kein Hinweise auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelt Dokumentationsproblem)
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Systemwahl
Kennzahlbezeichnung	Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers
Zähler / Nenner	180 / 187
Ergebnis (Einheit)	96,30%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	94,50 - 95,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Schockgeber (sog. VVI-Schockgeber)
Zähler / Nenner	28 / 28
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 75,00%
Vertrauensbereich	94,30 - 95,10%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Schockgeber (sog. VDD- oder DDD-Schockgeber)
Zähler / Nenner	65 / 67
Ergebnis (Einheit)	97,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00%
Vertrauensbereich	93,90 - 95,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei CRT-Schockgeber
Zähler / Nenner	92 / 92
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	97,30 - 97,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalaussschlags der Schockgebersonde im Vorhof während der Operation
Zähler / Nenner	158 / 158
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich	99,60 - 99,80%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalaussschlags der Schockgebersonde in der Herzkammer während der Operation
Zähler / Nenner	187 / 187
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00\%$
Vertrauensbereich	99,50 - 99,70%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Zähler / Nenner	4 / 187
Ergebnis (Einheit)	2,10%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 4,50\%$
Vertrauensbereich	1,00 - 1,20%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Vorhofsendendislokation oder -dysfunktion
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde im Vorhof
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,70%
Vertrauensbereich	0,40 - 0,60%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Ventrikelsendendislokation oder -dysfunktion
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde in der Herzkammer
Zähler / Nenner	0 / 187
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,40%
Vertrauensbereich	0,60 - 0,80%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,50 - 0,70%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	4,12
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,25
Vertrauensbereich	1,06 - 1,41
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	7 / 7
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,70 - 99,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	45 / 45
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,70 - 99,20%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	10 / 10
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	99,00 - 99,70%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	18 / 18
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	98,60 - 99,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Zähler / Nenner	0 / 57
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,20%
Vertrauensbereich	1,10 - 1,60%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Vorhofsendendislokation oder -dysfunktion
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde im Vorhof
Zähler / Nenner	0 / 10
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,20%
Vertrauensbereich	0,50 - 1,20%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Ventrikelsendendislokation oder -dysfunktion
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde in der Herzkammer
Zähler / Nenner	0 / 45
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,60%
Vertrauensbereich	0,50 - 1,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 57
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,40 - 1,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,48
Vertrauensbereich	0,95 - 1,31
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur Operation bei einer um 60% verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
Zähler / Nenner	24 / 24
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	97,00 - 97,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur Operation bei einer um 50% verengten Halsschlagader und Beschwerden
Zähler / Nenner	10 / 10
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	98,60 - 99,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - offen chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Schlaganfall oder Tod nach Operation
Zähler / Nenner	0 / 39
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	2,20 - 2,60%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod - offen chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Schlaganfall oder Tod während der Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,23
Vertrauensbereich	0,94 - 1,10
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Schwere Schlaganfälle oder Tod - offen chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation
Zähler / Nenner	0 / 39
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,20 - 1,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,01
Vertrauensbereich	0,93 - 1,15
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Kennzahlbezeichnung	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Zähler / Nenner	33 / 34
Ergebnis (Einheit)	97,10%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	94,90 - 96,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Kennzahlbezeichnung	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
Zähler / Nenner	5 / 5
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	96,90 - 98,40%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt
Kennzahlbezeichnung	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt
Zähler / Nenner	0 / 31
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,30 - 2,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Wechsel eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	9 / 9
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 77,60%
Vertrauensbereich	92,50 - 93,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	9 / 9
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	99,70 - 99,80%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	3,30 - 3,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	14,22
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,19
Vertrauensbereich	0,89 - 1,04
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 9
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,33 - 0,53%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,82 - 1,30
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	180 / 180
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	96,50 - 96,70%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaprophylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	179 / 180
Ergebnis (Einheit)	99,40%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	99,70 - 99,70%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode
Kennzahlbezeichnung	Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks
Zähler / Nenner	168 / 180
Ergebnis (Einheit)	93,30%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00%
Vertrauensbereich	97,40 - 97,60%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode
Kennzahlbezeichnung	Ausreichende Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks bei Entlassung
Zähler / Nenner	147 / 168
Ergebnis (Einheit)	87,50%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00%
Vertrauensbereich	91,20 - 91,60%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 180
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich	0,08 - 0,12%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,02 - 1,45
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektion
Kennzahlbezeichnung	Postoperative Wundinfektion
Zähler / Nenner	0 / 180
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,30 - 0,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,20 - 1,30%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,20%
Vertrauensbereich	0,88 - 1,07%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,96%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,81%
Vertrauensbereich	0,96 - 1,05%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur Herzkatheteruntersuchung aufgrund von Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße
Zähler / Nenner	1688 / 1748
Ergebnis (Einheit)	96,60%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00%
Vertrauensbereich	92,80 - 93,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	PCI trotz fehlender klinischer und/oder nichtinvasiver Ischämiezeichen
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) ohne Beschwerden oder ohne messbare Durchblutungsstörungen
Zähler / Nenner	11 / 860
Ergebnis (Einheit)	1,30%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,00%
Vertrauensbereich	3,60 - 3,80%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24h
Kennzahlbezeichnung	Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt innerhalb von 24 Stunden nach Diagnose (sog. PCI)
Zähler / Nenner	108 / 114
Ergebnis (Einheit)	94,70%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,00%
Vertrauensbereich	94,40 - 94,80%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI
Kennzahlbezeichnung	Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße in Bezug auf alle durchgeführten Aufdehnungen (sog. PCI)
Zähler / Nenner	1558 / 1666
Ergebnis (Einheit)	93,50%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,00%
Vertrauensbereich	94,30 - 94,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	1,20 - 1,20%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,71
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,35
Vertrauensbereich	1,01 - 1,08
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnis für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI)
Zähler / Nenner	26 / 1607
Ergebnis (Einheit)	1,62%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	2,70 - 2,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnis für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,83
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,19
Vertrauensbereich	1,02 - 1,06
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Median der Durchleuchtungsdauer bei isolierter Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Durchleuchtung (Zentralwert) mit Röntgenstrahlen bei einer Herzkatheteruntersuchung
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	2,00min
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00min
Vertrauensbereich	3,00 - 3,00min
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Median der Durchleuchtungsdauer bei PCI
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Durchleuchtung (Zentralwert) mit Röntgenstrahlen bei Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI)
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	7,00min
Referenzbereich (bundesweit)	<= 12,00min
Vertrauensbereich	9,20 - 9,30min
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3500 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei einer Herzkatheteruntersuchung (Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²)
Zähler / Nenner	73 / 1787
Ergebnis (Einheit)	4,10%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 47,20%
Vertrauensbereich	23,80 - 24,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei einer Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm ²)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 57,30%
Vertrauensbereich	27,50 - 28,50%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²)
Zähler / Nenner	49 / 1653
Ergebnis (Einheit)	3,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 46,10%
Vertrauensbereich	21,80 - 22,10%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge über 150 ml
Kennzahlbezeichnung	Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge über 150 ml
Zähler / Nenner	24 / 1787
Ergebnis (Einheit)	1,30%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 19,70%
Vertrauensbereich	7,90 - 8,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 200 ml
Kennzahlbezeichnung	Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 200 ml
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 50,70%
Vertrauensbereich	20,70 - 21,60%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml
Kennzahlbezeichnung	Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml
Zähler / Nenner	21 / 1653
Ergebnis (Einheit)	1,30%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 35,70%
Vertrauensbereich	15,60 - 15,80%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung
Kennzahlbezeichnung	Untersuchung des entfernten Gewebes mittels Röntgen während der Operation
Zähler / Nenner	67 / 67
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00%
Vertrauensbereich	96,50 - 96,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Kommentar Krankenhaus	Es handelt sich um ein gemeinsames Ergebnisses für alle 3 Standorte.

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

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

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Trifft nicht zu.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Trifft nicht zu.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	5
1.1	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	5
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	5

Qualitätsmanagement

Qualität zieht sich durch alle Ebenen der Organisation und spiegelt sich in allen Tätigkeiten und Prozessen in der gesamten Einrichtung wider. Unser Ziel ist die fortlaufende Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität in allen Bereichen.

Im Mittelpunkt stehen die Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten und ihrer Angehörigen, aber auch die unserer Kooperationspartner und einweisenden Ärzte sowie Mitarbeiter. Unser Leitbild und das EinsA Qualitätsversprechen bilden hierfür die Grundlage.

Deshalb haben wir Strukturen zur Qualitätsplanung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung geschaffen – unser Qualitätsmanagement. Wir verstehen Qualitätsmanagement sowohl als festen Integrationsbestandteil als auch Führungsinstrument unserer Einrichtung und als Chance für die kontinuierliche Verbesserung unserer Leistungen.

Allerdings ergibt sich Qualität nicht von selbst, sondern muss erarbeitet werden. Das Qualitätsmanagement stützt sich auf die Beteiligung und Mitwirkung aller Mitarbeiter und Führungskräfte. Verschiedene Instrumente kommen hierfür zum Einsatz, die im Folgenden aufgeführt werden.



Bei gezielten Begehungen und Gesprächen – den internen Audits – ermitteln wir, ob das Qualitätsmanagement-System unsere eigenen, die gesetzlich festgelegten sowie die Anforderungen der Zertifizierungsnorm (DIN EN ISO 9001:2008) erfüllt. Alle Prozesse unseres Krankenhauses werden von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten analysiert und auf ihre Wirksamkeit überprüft. Aus der Überprüfung leiten sich konkrete Verbesserungspotentiale ab, die in die Arbeit des internen Qualitätsmanagements einfließen.

Ausgewählte Lieferanten und Dienstleister werden anhand von einheitlichen Maßstäben jährlich beurteilt und von dieser Bewertung in Kenntnis gesetzt. Die Ergebnisse zeigen die besten, aber auch die schwächsten Lieferantenbeziehungen auf und dienen als Basis für konkrete Verbesserungsziele hinsichtlich ihrer Leistung.



Risikomanagement

In allen Arbeitsbereichen können Risiken entstehen oder bereits vorhanden sein. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und sie zu vermindern bzw. zu beseitigen.

Doch wie lassen sich Risiken systematisch identifizieren? In unserer Einrichtung ist ein anonymes Frühwarnsystem Critical Incident Reporting System (CIRS) zur Erfassung kritischer Ereignisse etabliert. Meldungen von Mitarbeitern zu Beinahe-Fehlern werden aufgearbeitet, Lösungsstrategien und notwendige Veränderungen an Prozessen vorgenommen. Abschließend folgen die Weitervermittlung der Neuerungen an die Mitarbeiter und die Umsetzung in die Praxis, um künftig solche Fehler zu vermeiden.

Neben dem CIRS führen unsere Einrichtungen strukturiert Informationen über Risiken aus Risikointerviews, Begehungen oder auch Audits zusammen. Auch das Thema Patientensicherheit gehört zum festen Bestandteil des Risikomanagements. In verschiedenen Bereichen des Hauses sind bereits erfolgreich Projekte umgesetzt worden, wie zum Beispiel:

- Die Erhöhung der Behandlungssicherheit im Rahmen der Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT
- Die Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich
- Die Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- Die Erhöhung der Medikationssicherheit durch strukturierte Kurvenvisiten und Anleitung zum Medikamentenrichten durch Apotheker für Klinische Pharmazie
- Einführung des „Global Trigger Tools“ zur Identifikation von Risiken anhand von Aktenaudits



Meinungsmanagement



Wir nutzen den aktiven Umgang mit Meinungen aller Interessensgruppen als Chance zur Qualitätsverbesserung. Jede Meinung, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde, wird vom Meinungsmanagement bearbeitet und an die zuständigen Abteilungen weitergeleitet.

Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter Ansprechpartner, um Anregungen und Beschwerden aufzunehmen – persönlich, telefonisch, schriftlich oder per E-Mail.

Die gewonnenen Informationen fließen in die Bewertungen des Qualitäts- und Risikomanagements ein und dienen uns als wichtige Hinweise bei der Neustrukturierung von Abläufen und der Erweiterung unseres Angebots.



Zertifizierungen

Wir nutzen Begehungen durch außenstehende Experten – sogenannte Zertifizierungen – dazu, die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems zu überprüfen und uns weitere Verbesserungspotentiale aufzeigen zu lassen.

Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 kommen jährlich alle Prozesse und Abläufe auf den Prüfstand. Zusätzlich unterzieht sich unser Haus auch in anderen Bereichen Prüfungen als Nachweis einer guten Qualität und kontinuierlichen Weiterverbesserung.



Diocert-zertifiziert nach DIN EN
ISO 9001 : 2008



Zertifiziertes Brustzentrum der
Deutschen Krebsgesellschaft e. V.



Zertifiziertes regionales
Traumazentrum der DGU



Zertifiziertes Darmkrebszentrum der
Deutschen Krebsgesellschaft e. V.



TÜV Rheinland zertifiziert die
Akutschmerztherapie



CPU zertifiziert nach der Deutschen
Krebsgesellschaft e. V.



audit berufundfamilie der
berufundfamilie gGmbH



Zertifiziertes Endoprothetikzentrum
nach Endocert



Ideenbörse

Unsere Mitarbeiter sind der Schlüssel zum Erfolg: In unserer Ideenbörse können sie kreative Verbesserungsvorschläge, Ideen oder auch Innovationen einreichen. Sie sind unsere Experten, um Verbesserungspotentiale bei Prozessabläufen, Technik und Material festzustellen. Aus diesen Anregungen lassen sich konkrete Maßnahmen ableiten und umsetzen.



Befragung

Den Interessen der Patienten, Mitarbeitern und Kooperationspartnern verpflichtet: Im Vordergrund stehen die Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten und ihrer Angehörigen, unserer Mitarbeiter, aber auch unsere Kooperationspartner und einweisenden Ärzte.

Unsere Einrichtung führt zu diesem Zweck regelmäßige Befragungen zur Erhebung der Zufriedenheit mit den Leistungsangeboten und den Abläufen mit folgenden Themenschwerpunkten durch:

- Aufnahme, Diagnose, Behandlung und Entlassung
- Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus
- Kooperation mit dem Rettungsdienst
- Brust-, Darm- und Endoprothetikzentrum
- Speisenversorgung
- Akutschmerz und postoperativer Schmerz

Anhand der Befragungen lassen sich Stärken und Schwächen unserer Einrichtung ermittelt und konkrete Verbesserungsmaßnahmen ableiten.



Projektorganisation

Strukturierte Projektarbeit zählt als wichtiger Baustein zum Qualitätsmanagement. Die Umsetzung unserer Projektorganisation gliedert sich in einzelne Schritte: Eine Arbeitsgruppe erarbeitet in Zusammenarbeit mit den Beteiligten Lösungen, sorgt für die Umsetzung und überprüft abschließend den Erfolg des Projektes.

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage „Was könnte beim nächsten Mal besser laufen?“ helfen dabei, uns stetig weiter zu entwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Deshalb freuen wir uns, allen Interessierten einen Einblick von drei ausgewählten Projekten zu geben:

Einführung des Patientearmbandes

Wie in vielen anderen Krankenhäusern gehört auch in unserem Haus die Sicherung und Steigerung der Patientensicherheit zum festen Bestandteil des Risikomanagements. Auf der Suche nach geeigneten Instrumenten fällt die Wahl auf die Einführung eines Identifikationsarmbandes zur Vermeidung von Patientenverwechslungen. Die Projektdurchführung orientiert sich am Aktionsbündnis Patientensicherheit.

Standardisierung von Spritzenetiketten

„Weniger Medikationsfehler!“ ist das erklärte Ziel der DIVI-Empfehlung zur Verwendung standardisierter Spritzenaufkleber. Unsere Einrichtung verwendet standardisierte, farbkodierte Spritzenetiketten zur Kennzeichnung von Medikamenten in der Notfall und Intensivmedizin. Durch das Verfahren lassen sich Verwechslungen beim Aufziehen und der Injektion von Medikamenten vermeiden. Das erhöht somit langfristig die Sicherheit für Patienten.

Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit durch strukturierte Kurvenvisiten

Deutschlandweit entstehen jährlich über 1 Milliarde Euro an Kosten für die Therapie von Nebenwirkungen. Das Projekt soll dazu beitragen, Fehler hinsichtlich der Arzneimitteltherapie frühzeitig zu erkennen. Auf Basis der Ergebnisse kann eine qualifizierte Unterstützung durch Pharmazeutisches Fachpersonal angeboten werden.