

# Qualitätsbericht 2019

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V  
für das Berichtsjahr 2019

Erstellt am 31.12.2020



## Inhaltsverzeichnis

-	<b>Einleitung .....</b>	<b>4</b>
<b>A</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....</b>	<b>11</b>
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	11
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers .....	12
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	12
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	13
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	14
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	17
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit .....	18
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	19
A-9	Anzahl der Betten .....	20
A-10	Gesamtfallzahlen .....	20
A-11	Personal des Krankenhauses.....	21
A-11.1	Ärztinnen und Ärzte.....	21
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	33
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	50
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	51
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen.....</b>	<b>52</b>
B-1	Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie Mathildenhöhe.....	52
B-2	Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin .....	69
B-3	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie.....	82
B-4	Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.....	93
B-5	Psychiatrische Tagesklinik .....	103

B-6	Gerontopsychiatrische Tagesklinik.....	109
B-7	Klinik für Geriatrische Medizin.....	115
B-8	Geriatrische Tagesklinik .....	125
B-9	Zentrum für Palliativmedizin/ Besondere Einrichtung .....	129
B-10	Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie .....	136
B-11	Abteilung für Radiologie.....	142
B-12	Belegabteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde .....	146
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung.....</b>	<b>150</b>
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	150
C-1.1	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate.....	150
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	150
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	150
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung ....	150
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V .....	151
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	153
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	154
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr .....	154
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement.....</b>	<b>155</b>

*Zur besseren Lesbarkeit wurde bei Personenbezeichnungen und Positionsbeschreibungen zum Teil lediglich die jeweils männliche Schreibweise gewählt. Die Bezeichnungen sind neutral gemeint und schließen stets alle Geschlechter ein.*

## - Einleitung

### Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Qualitätsmanagementbeauftragte
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Michèle Holstein
<b>Telefon</b>	06151/403-5021
<b>Fax</b>	06151/403-5009
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:holstein.michele@eke-da.de">holstein.michele@eke-da.de</a>

### Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

<b>Funktion</b>	Geschäftsführung
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Dipl.-Kfm. Jens Becker
<b>Telefon</b>	06151/403-5001
<b>Fax</b>	06151/403-5009
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Geschaeftsfuehrung.Sekretariat@eke-da.de">Geschaeftsfuehrung.Sekretariat@eke-da.de</a>

### Weiterführende Links

**Link zur Internetseite des Krankenhauses:**

<http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/>

**Link zu weiterführenden Informationen:**

Frankfurt am Main, im Dezember 2020

## Sehr geehrte Damen und Herren,

Qualitätsberichte bilden die „Qualität“ und „Leistungsfähigkeit“ eines Krankenhauses ab. Bezogen auf das deutsche Gesundheitswesen bewegen diese Begrifflichkeiten in der Corona-Pandemie wohl jeden Bürger. Die Sorge um überlastete und überfüllte Intensivstationen, zu wenig Fachpersonal und die Triagierung von Behandlungsfällen sind Szenarien, mit denen wir uns hierzulande bislang nicht auseinandersetzen mussten. Jetzt ist das anders, jetzt hat SARS-CoV-2 unser Leben völlig verändert. Die sonst eher abstrakten Themen „Qualität“ und „Leistungsfähigkeit“ haben jetzt eine ganz konkrete und persönliche Bedeutung.

Im Krankenhaus muss auf kurzfristige gesetzliche Vorgaben reagiert, der Betriebsablauf angepasst und der Personaleinsatz neu organisiert werden. Planbare Operationen wurden zwischenzeitlich möglichst verschoben, Kapazitäten auf den Intensivstationen hochgefahren, Isolierstationen eröffnet und Hygienekonzepte Corona-konform überarbeitet. All das erfordert ein schnelles (bei der Auswertung gesetzlicher Vorgaben), professionelles (bei der Umsetzung der Maßnahmen) und verlässliches (gleichbleibend hoher Qualitätsstandard) Handeln.

Unsere Verbundstruktur – zur AGAPLESION gAG gehören deutschlandweit mehr als 100 Einrichtungen – haben wir von Anfang an als eine große Stärke begriffen. Das konzernweite Expertenwissen wird strukturiert geteilt und garantiert auch weiterhin eine einheitlich hohe Behandlungs- und Versorgungsqualität. Gerade in der Corona-Pandemie hat sich dieses Miteinander bewährt. Bestimmte Aufgaben wurden zentral übernommen. So hat bspw. der Einkauf für alle Einrichtungen Schutzmaterial gekauft und verteilt, das Hygieneinstitut konzernweite Corona-Standards erarbeitet und Fachexperten sichten und bereiten die ständig neuen Gesetzesvorgaben und Forschungsergebnisse auf.

Unser Dank gilt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sich in der Pandemie um unsere Patientinnen und Patienten kümmern. Sie sind es, die die AGAPLESION gAG zu einem leistungsfähigen, christlichen Gesundheitskonzern mit hohen Qualitätsstandards im Bereich Krankenhaus und Wohnen & Pflegen machen.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main



Dr. Markus Horneber  
Vorstandsvorsitzender  
AGAPLESION gAG



Jörg Marx  
Vorstand  
AGAPLESION gAG

## Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

bereits vor 2003 ist im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH in Darmstadt ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt worden. Qualitätsmanagement (QM) bedeutet, dass alle Bereiche in der Klinik - von der ärztlichen und pflegerischen Behandlung bis zur Administration – begutachtet, regelmäßig kontrolliert und die Umsetzung anhand messbarer Kriterien kontinuierlich überprüft werden. Dabei muss das Ergebnis für die Patienten nachvollziehbar sein, mit dem Ziel einer bestmöglichen Kundenzufriedenheit.

„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 2019. 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 unsere Qualitätsmanagementbeauftragte der Klinik, Frau Michèle Holstein, unter der Telefonnummer 06151/ 403 – 5021 oder per E-Mail zur Verfügung: [holstein.michele@eke-da.de](mailto:holstein.michele@eke-da.de). Weitere Informationen finden Sie unter [www.agaplesion-elisabethenstift.de](http://www.agaplesion-elisabethenstift.de).

Darmstadt, den 31. Dezember 2020



Jens Becker  
Geschäftsführer  
AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS

## PRÄAMBEL

Das AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH, Darmstadt ist ein innovatives und leistungsfähiges Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit sektoralen Spitzenleistungen. Mit 419 Betten ist es das zweitgrößte Krankenhaus in Darmstadt.

Die Wurzeln des Hauses liegen im 1858 gegründeten Diakonissenhaus Elisabethenstift, dessen erstes Gebäude zugleich Mutterhaus der Schwestern und Krankenhaus war. Bereits um die Jahrhundertwende gab es die Fachabteilungen für Innere Medizin und Chirurgie. Im Jahr 1930 wurde das heute unter Denkmalschutz stehende Gebäude der Chirurgischen Klinik eingeweiht.

Nach einer weiteren baulichen Vergrößerung wurde 1979 mit der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie eine dritte klinische Fachabteilung etabliert. Im Jahr 1998 wurde das Zentrum für Geriatrische Medizin als neue Disziplin in Betrieb genommen.

Seit dem 1. Januar 1995 wird das Krankenhaus als gemeinnützige GmbH geführt, deren Gesellschafter die Stiftung Elisabethenstift, das Evangelische Dekanat Darmstadt-Stadt und seit 2002 auch die AGAPLESION gAG sind. Die AGAPLESION gAG ist dabei Mehrheitsgesellschafter an der AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH.

Nach mehrjährigen Vorplanungen begann die Aufstockung des 1979 errichteten Hauptgebäudes um zwei Ebenen. 2005 konnte der Neubau in Betrieb genommen werden, in dem heute alle somatischen Kliniken untergebracht sind. Das Krankenhaus wurde 2013, nach bereits erfolgreich vorangegangenen KTQ®-Zertifizierungen, erstmals nach DIN EN ISO 9001:2015 i.V.m. Geriatricsiegel zertifiziert und in 2019 re-zertifiziert.

2008 fand die feierliche Eröffnung des in den letzten Jahren neu aufgebauten Zentrums für Palliativmedizin statt. Der Neubau eines Altenhilfezentrums auf dem Gelände des AGAPLESION ELISABETHENSTIFTS, in dem u.a. das erste stationäre Hospiz für Darmstadt und den Landkreis Darmstadt-Dieburg integriert ist, wurde 2011 fertiggestellt.

Der Ausbau der Palliativstation und der Umbau der Zentrale Sterilgutabteilung sowie der Intensivstation konnte in den Jahren 2015 bis 2016 realisiert werden. Im Rahmen des zweiten Bauabschnitts des Neubaus der Seniorenresidenz in 2017 wurde ebenfalls mit Bau einer Brücke die Erweiterung der Station A34 im Januar 2018 realisiert. Mitte 2019 hat der Umbau des Eingangsbereiches, der Cafeteria und unserer Wahlleistungszimmer begonnen.

## Das Leistungsspektrum im Überblick:

### Kliniken:

• Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation	103 (11	Planbetten Planbetten)
• Allgemein- und Viszeralchirurgie	46	Planbetten
• Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin	46	Planbetten
• Geriatrische Medizin	40	Planbetten
• Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	126	Planbetten
• Belegabteilung für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	6	Planbetten

### Tageskliniken:

• Geriatrie	20	Plätze
• Gerontopsychiatrie	12	Plätze
• Psychiatrie	20	Plätze

**Gesamtsumme 419 Planbetten / Plätze**

### Medizinische Fachabteilungen und Funktionseinheiten:

- Interdisziplinäre Intensivmedizin
- Magen-Darm-Zentrum für die Behandlung aller Erkrankungen des Magens und des Darmes unter Beteiligung von
  - Gastroenterologie und
  - Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Zentrum für Palliativmedizin
- Radiologie inkl. 3-Tesla-Gerät
- Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie
- Patientenmanagement (Zentrale Aufnahme)
- Interdisziplinäre Notaufnahme
- Herzkatheterlabor (Kardiologie Mathildenhöhe am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT)
- Endoskopie
- Physikalische Therapie
- Psychiatrische Institutsambulanz
- Zentrum für Alterstraumatologie

Für die Unfallchirurgie und die Geriatrie stellt die Versorgung älterer verletzter Menschen die wesentliche Herausforderung der Zukunft dar, sowohl in qualitativer als auch quantitativer Hinsicht. Die Interdisziplinäre Alterstraumatologie (IDA) am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT fasst fächerübergreifend als Teil des Zentrums für Alterstraumatologie (ATZ) auf einer Station sowohl die Unfallchirurgie als auch die Geriatrie und die Rehabilitative Medizin zu einem integrierten Behandlungsteam zusammen. Es wird durch speziell ausgebildete Ärzte, Pflegekräfte, Ergo- und Physiotherapeuten sowie Sozialarbeiter komplettiert.



**Kooperationen:**

- Darmzentrum am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT in Darmstadt (Kooperation des Magen-Darm-Zentrums mit niedergelassenen Kooperationspartnern zur Behandlung von an Darmkrebs erkrankten Patienten)
- EndoProthetikZentrum Elisabethenstift am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT
- Kardiologie Mathildenhöhe
- Pneumologisches Zentrum Darmstadt (in Kooperation mit Facharztpraxen)
- Schilddrüsenzentrum Südhessen am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT in Darmstadt
- Schlaflabor (DGSM)
- Traumatologisches Zentrum Mathildenhöhe
- Zentrum für Hospiz- und Palliativversorgung
- Zentrum für Palliativmedizin (mit Palliativstation, Ambulantes Palliativteam und PaNDa (PalliativNetz-Darmstadt))
- Seelsorge

**Ärztehaus:**

- Medizinisches Versorgungszentrum Darmstadt
  - Neurologie / Psychiatrie
  - Chirurgie (Koloproktologie)
  - Innere (Pneumologie)
  - Orthopädie / Unfallchirurgie
  - Hausärztliche und allgemein-internistische Versorgung
- Facharzt-Praxen für
  - Onkologie
  - Urologie
  - HNO-Heilkunde
  - Plastische Chirurgie

Für weitere Informationen besuchen Sie bitte [www.agaplesion-elisabethenstift.de](http://www.agaplesion-elisabethenstift.de) oder treten Sie in Kontakt mit unserer Qualitätsmanagementbeauftragten, Frau Michèle Holstein, erreichbar unter:

Telefon: 06151/403 – 5021

Fax: 06151/403 – 5009

E-Mail: [Holstein.Michele@eke-da.de](mailto:Holstein.Michele@eke-da.de)

**Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:**

AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH  
Geschäftsführung: Jens Becker  
Sekretariat: Dagmar Luda  
Landgraf-Georg-Straße 100  
64287 Darmstadt  
Telefon: 06151/403 – 5001  
Fax: 06151/403 – 5009  
E-Mail: [Geschaeftsfuehrung.Sekretariat@eke-da.de](mailto:Geschaeftsfuehrung.Sekretariat@eke-da.de)

Ärztlicher Direktor : PD Dr. med. Mathias Pfisterer  
Sekretariat: Gabriele Failer  
Tel.: 06151/403 - 3001  
Fax: 06151/403 - 3009  
E-Mail: [Pfisterer.Mathias@eke-da.de](mailto:Pfisterer.Mathias@eke-da.de)

Pflegedirektion: Birgit Steindecker (Prokuristin), Anja Bopp  
Sekretariat: Jutta Gruner / Veronika Groß  
Telefon: 06151/403 – 7701  
Fax: 06151/403 – 7709  
E-Mail: [Steindecker.Birgit@eke-da.de](mailto:Steindecker.Birgit@eke-da.de)

**Ansprechpartner:**

Qualitätsmanagementbeauftragte: Michèle Holstein  
Telefon: 0 6151/403 – 5021  
Fax: 0 6151/403 – 5009  
E-Mail: [Holstein.Michèle@eke-da.de](mailto:Holstein.Michèle@eke-da.de)

Unternehmenskommunikation: Lisa Ferfers  
Telefon: 06151/403 – 5005  
Fax: 06151/403 – 5009  
E-Mail: [Ferfers.Lisa@eke-da.de](mailto:Ferfers.Lisa@eke-da.de)

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

### A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
<b>Krankenhausname</b>	AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS
<b>Hausanschrift</b>	Landgraf-Georg-Straße 100 64287 Darmstadt
<b>Zentrales Telefon</b>	06151/403-0
<b>Fax</b>	06151/403-8080
<b>Institutionskennzeichen</b>	260641301
<b>Standortnummer</b>	00
<b>URL</b>	<a href="http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/">http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/</a>



### Ärztliche Leitung

#### Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

<b>Funktion</b>	Ärztlicher Direktor
<b>Titel, Vorname, Name</b>	PD Dr. med. Mathias Pfisterer
<b>Telefon</b>	06151/403-3001
<b>Fax</b>	06151/403-3009
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Pfisterer.Mathias@eke-da.de">Pfisterer.Mathias@eke-da.de</a>

### Pflegedienstleitung

#### Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

<b>Funktion</b>	Pflegedirektorin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Birgit Steindecker
<b>Telefon</b>	06151/403-7701
<b>Fax</b>	06151/403-7709
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:steindecker.birgit@eke-da.de">steindecker.birgit@eke-da.de</a>

### Verwaltungsleitung

#### Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin

<b>Funktion</b>	Verwaltungsleitung
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Insa Planteur
<b>Telefon</b>	06151/403-5020
<b>Fax</b>	06151/403-5009
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Geschaeftsfuehrung.sekretariat@eke-da.de">Geschaeftsfuehrung.sekretariat@eke-da.de</a>

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

#### Krankenhausträger

<b>Name</b>	AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gemeinnützige GmbH
<b>Art</b>	Freigemeinnützig

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

#### Krankenhausart

<b>Krankenhausart</b>	Akademisches Lehrkrankenhaus
<b>Universität</b>	Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main, Evangelische Hochschule Darmstadt, Universität Pecs/Ungarn

---

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

**Psychiatrie**

**Psychiatrisches Krankenhaus** Ja

**Regionale Versorgungsverpflichtung** Ja



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Über die strukturierte Aufnahme und Steuerung durch das Patientenmanagement, die Bereichspflege mit einer höchstmöglichen Kontinuität auf Station, bis hin zu dem Entlassmanagement, das eine nachstationäre Versorgung des Patienten gewährleistet, werden die bestmöglichen Leistungen erbracht.
MP21	Kinästhetik	Die Auszubildenden des Krankenhauses erhalten in ihrer theoretischen Ausbildung von einer Trainerin einen Grundkurs Kinästhetik in der Pflege. In der praktischen Ausbildung werden sie in der Umsetzung von der KliniklehrerIn (KinästhetiktrainerIn) und der PraxisanleiterIn unterstützt.
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Das Amb. Therapiezentrum bietet neben der stationären Versorgung auch eine ambulante Versorgung der Patienten an, so dass insbesondere auch nach Entlassung die Therapie bei den gewohnten Therapeuten weitergeführt werden kann, z.B. Wärme- u. Kältetherapie, Ultraschall- u. Elektrotherapie, Kinesio-Taping.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Diese Angebote können nach Abschluss der Behandlung bei Verordnung durch den behandelnden Arzt im Ambulanten Therapiezentrum weitergeführt werden, z.B. Krankengymnastik am Gerät, manuelle Therapie, Sportphysiotherapie, Schlingentisch (Traktionsbehandlung), Atemtherapie, Gangschule.
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Mit Unterstützung der Krankenkassen bietet die Abteilung für Physikalische Therapie Wirbelsäulengymnastik im ambulanten und stationären Bereich an.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Monatlich findet eine Vortragsveranstaltung "Medizin im Dialog" und "Pflege im Dialog" durch die Ärzte bzw. Fachexperten zu unterschiedlichen medizinischen und pflegerischen Themen statt. Im Jahr 2019 wurden insg. 17 Vorträge für Interessierte gehalten.
MP45	Stomatherapie/-beratung	



Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP51	Wundmanagement	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP06	Basale Stimulation	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP27	Musiktherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP63	Sozialdienst	



## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		Nähere Informationen erhalten Sie von den Mitarbeitern des Entlassmanagements und vom Stationspersonal.
NM02	Ein-Bett-Zimmer		
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Monatlich finden unterschiedliche Veranstaltungen zu Medizin und Pflege im Dialog statt.
NM07	Rooming-in		In begründeten Fällen ist es möglich, eine Begleitperson kostenfrei im Krankenhaus mit aufzunehmen. Weitere Informationen dazu erhalten Sie vom Stationspersonal und im Patientenmanagement.
NM42	Seelsorge		Die Seelsorgerinnen und Seelsorger im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT sehen den ganzen Menschen, vor allem auch da, wo er verletzlich ist und Grenzen erfährt. In Krisensituation ein 24-stündiger Seelsorgedienst zur Verfügung.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM67	Andachtsraum		Der Raum der Stille befindet sich im Erdgeschoss in unmittelbarer Nähe der Eingangshalle.
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

#### Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

<b>Funktion</b>	Schwerbehindertenvertretung
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Karin Leifke
<b>Telefon</b>	06151/403-5403
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Leifke.Karin@eke-da.de">Leifke.Karin@eke-da.de</a>

### A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreanlagen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher
BF11	Besondere personelle Unterstützung
BF24	Diätische Angebote
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Es bestehen Lehraufträge an folgenden Hochschulen und Universitäten: Lehrauftrag an der Universität Frankfurt am Main, Lehrauftrag an den Universitäten Heidelberg und Gießen, "Bedside Teaching" im Krankenhaus für die Universität Frankfurt. Zusätzlich werden medizinische Doktorarbeiten betreut.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Im Rahmen der Ausbildung der Evangelischen Hochschule wird für die Studierenden "Bedside Teaching", d.h. Praxiseinsätze auf den Stationen mit direktem Patientenkontakt, angeboten.
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Die Möglichkeit zur Famulatur sowie für das praktische Jahr für Ärztinnen und Ärzte besteht.
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	
FL02	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	Zusammenarbeit mit der Evangelischen Hochschule Darmstadt.

## A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	Jährlich werden bis zu 15 Auszubildende des AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS zukunftsorientiert auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen vorbereitet und in theoretischen sowie praktischen Ausbildungsstunden als Gesundheits- und KrankenpflegerInnen ausgebildet.
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	Als ein Trägerkrankenhaus vom Diakonieseminar AGAPLESION bieten wir mit dem Asklepios Bildungszentrum für Gesundheitsfachberufe Wiesbaden Ausbildungsplätze für OTA's an. Die praktische Ausbildung erfolgt u.a. am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS.
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und die Klinik für Geriatrische Medizin und Zentrum der Alterstraumatologie ist praktischer Ausbildungsort für Ergotherapeuten der Hochschule Fresenius.

## A-9 Anzahl der Betten

### Betten

**Betten** 452

## A-10 Gesamtfallzahlen

Im Folgenden wird der Umfang der Leistungen dargestellt.

Dabei wird zunächst die Anzahl der "vollstationär" behandelten Patienten wiedergegeben.

Bei den ambulanten Leistungen wird zum einen die "Fallzählweise" genutzt, d.h. jeder ambulante Kontakt eines Patienten oder einer Patientin mit den Fachabteilungen wird gezählt. Anders ausgedrückt wird unter "Patientenzählweise" dargestellt, wie viele ambulante Patienten und Patientinnen im Jahr 2019 im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS behandelt wurden, unabhängig von der Anzahl der Kontakte pro Patient.

In der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie in den dazugehörigen Tageskliniken erfolgte im Jahr 2014 eine Umstellung des Abrechnungssystems auf ein "Pauschalisierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik" (PEPP). Durch die Veränderung der Abrechnungsart ergibt sich eine Verschiebung der Fallzählung, die einen scheinbaren Rückgang der Anzahl an behandelten Patienten zur Folge hat.

Da die Ambulante Physikalische Therapie nicht in den anderen Zahlen mit abgebildet wird, wird unter "sonstige Zählweise" die Anzahl der Behandlungsscheine angegeben.

**Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle**

Vollstationäre Fallzahl	11319
Teilstationäre Fallzahl	800
Ambulante Fallzahl	16113

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

**Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 91,49  
Kommentar: Vollkräfte

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	80,78	
Ambulant	10,71	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	91,49	
Nicht Direkt	0	

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

Anzahl Vollkräfte: 39,31  
Kommentar: Vollkräfte

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	33,96	
Ambulant	5,35	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	39,31	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl: 1

**Kommentar:** siehe HNO-Belegabteilung

## A-11.2 Pflegepersonal

Ein Großteil dieses Personals entfällt auf den Bereich Patientenmanagement.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.**

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 229,38

**Kommentar:** Alle Stationen werden jeweils durch eine Leitung mit Weiterbildung zur "Leitung- einer Station- bzw. Funktionseinheit" geführt.

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	203,22	
Ambulant	26,16	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	229,38	
Nicht Direkt	0	

#### Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

**Anzahl Vollkräfte:** 6,32

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,32	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,32	
Nicht Direkt	0	

### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

#### Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 2 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Kommentar:** Dieses beinhaltet ebenfalls Stationshilfen und -sekretariat

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

#### Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahr

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 15,26

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,08	
Ambulant	1,18	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,26	
Nicht Direkt	0	

**Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,15

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,15	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,15	
Nicht Direkt	0	

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** ab 200 Std. Basiskurs

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 26,3

**Kommentar:** Diese sind z.T. auf den Stationen eingesetzt.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	23,77	
Ambulant	2,53	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	26,3	
Nicht Direkt	0	

**Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 11,6

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,6	
Ambulant	0	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,6	
Nicht Direkt	0	

#### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal insgesamt**

**Anzahl Vollkräfte:** 11,95

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,68	
Ambulant	1,27	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,95	
Nicht Direkt	0	

### **A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik**

#### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

**Anzahl Vollkräfte:** 12,23

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,45	
Ambulant	1,78	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,23	
Nicht Direkt	0	

#### Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

**Anzahl Vollkräfte:** 1,42

**Kommentar:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,21	
Ambulant	0,21	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,42	
Nicht Direkt	0	

**Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)**

**Anzahl Vollkräfte:** 11,6

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,86	
Ambulant	1,74	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,6	
Nicht Direkt	0	

**Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten**

**Anzahl Vollkräfte:** 12,14

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,39	
Ambulant	1,75	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,14	
Nicht Direkt	0	

**Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten**

**Anzahl Vollkräfte:** 2,2

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,9	
Ambulant	0,3	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,2	
Nicht Direkt	0	

### Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 10,71

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,18	
Ambulant	1,53	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,71	
Nicht Direkt	0	

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

### SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Anzahl Vollkräfte: 3

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,55	
Ambulant	0,45	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	3	

### SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 5,44

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,62	
Ambulant	0,82	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,44	
Nicht Direkt	0	

**SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut**

**Anzahl Vollkräfte:** 16,13

**Kommentar:** Die Ergotherapeuten bilden auch Kunst- und Gestaltungstherapie mit ab.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,71	
Ambulant	2,42	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	16,13	
Nicht Direkt	0	

**SP13 - Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,31

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,26	
Ambulant	0,05	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,31	
Nicht Direkt	0	

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

**Anzahl Vollkräfte:** 1,75

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,49	
Ambulant	0,26	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,75	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,7	
Ambulant	0,3	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 6,31

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,36	
Ambulant	0,95	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,31	
Nicht Direkt	0	

### SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,33

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,28	
Ambulant	0,05	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,33	
Nicht Direkt	0	

### SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

Anzahl Vollkräfte: 1,65

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,4	
Ambulant	0,25	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,65	
Nicht Direkt	0	

### SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 2,75

**Kommentar:** Insgesamt werden 8 Wundmanager beschäftigt. Eine Wundmanagerin ist abteilungsübergreifend tätig. Daher werden die Stellenanteile auf die einzelnen Fachabteilungen berechnet.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,34	
Ambulant	0,41	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,75	
Nicht Direkt	0	

### SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,85	
Ambulant	0,15	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

### SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,85	
Ambulant	0,15	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

### SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 24,17

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20,54	
Ambulant	3,63	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	24,17	
Nicht Direkt	0	

### SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 1

**Kommentar:** Die Psychologischen Psychotherapeuten verfügen ebenfalls über den Titel zum Diplom-Psychologen.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,85	
Ambulant	0,15	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
--------------------------	-------------------	-----------

Direkt	1	
--------	---	--

Nicht Direkt	0	
--------------	---	--

**SP58 - Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)**

**Anzahl Vollkräfte:** 6,6

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
-----------------	-------------------	-----------

Stationär	5,61	
-----------	------	--

Ambulant	0,99	
----------	------	--

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
--------------------------	-------------------	-----------

Direkt	6,6	
--------	-----	--

Nicht Direkt	0	
--------------	---	--

**SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter**

**Anzahl Vollkräfte:** 5,36

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
-----------------	-------------------	-----------

Stationär	4,56	
-----------	------	--

Ambulant	0,8	
----------	-----	--

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
--------------------------	-------------------	-----------

Direkt	5,36	
--------	------	--

Nicht Direkt	0	
--------------	---	--

**SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge**

**Anzahl Vollkräfte:** 7,01

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
-----------------	-------------------	-----------

Stationär	5,96	
-----------	------	--

Ambulant	1,05	
----------	------	--

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
--------------------------	-------------------	-----------

Direkt	7,01	
--------	------	--

Nicht Direkt	0	
--------------	---	--



## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Unter der Berücksichtigung der Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten, ihrer Angehörigen, unserer Kooperationspartner aber auch der einweisenden Ärzte und Mitarbeiter, hat das Qualitätsmanagement eine fortlaufende Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität in allen Bereichen zum Ziel. Dabei arbeitet die Qualitätsmanagementbeauftragte eng mit allen Mitarbeitenden und Führungskräfte zusammen.

#### Verantwortliche Person des einrichtungswinterne Qualitätsmanagements

<b>Funktion</b>	Qualitätsmanagementbeauftragte
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Michèle Holstein
<b>Telefon</b>	06151/403-5021
<b>Fax</b>	06151/403-5009
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:holstein.michele@eke-da.de">holstein.michele@eke-da.de</a>

Qualität ergibt sich nicht von selbst. Sie muss erarbeitet werden. Das Qualitätsmanagement stützt sich auf die Beteiligung und Mitwirkung aller Mitarbeitenden und Führungskräfte. Verschiedene Instrumente kommen hierbei zum Einsatz

#### A-12.1.2 Lenkungsgremium

Die Qualitätsmanagementbeauftragte tauscht sich im monatlichen Turnus mit dem Qualitätsmanagement-Team aus. Das Team bestehend aus Mitarbeitern der verschiedenen Abteilungs- und Funktionsbereiche erarbeitet gemeinsame Lösungen und sorgt für deren Umsetzung.

Darüber hinaus findet für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess halbjährlich der AGAPLESION Arbeitsbereich Qualitätsmanagement (AAB) statt - ein konzernweites Treffen aller Qualitätsmanagementbeauftragten. In diesem Rahmen soll durch Know-how-Transfer und kollegialen Austausch eine Vernetzung der Einrichtungen ausgebaut und die Weiterentwicklung des Gesundheitskonzerns gefördert werden. Die erworbenen Strategien, Erfahrungen und Lösungen werden dann wieder in die einzelnen Einrichtungen gespiegelt und systematisch umgesetzt.

Ergebnisse aus dem Bereich des QM werden regelmäßig in Vorstands- und Geschäftsführersitzungen thematisiert und bewertet.

#### Lenkungsgremium

<b>Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche</b>	Ein Lenkungsgremium für das Qualitätsmanagement mit definierten Mitgliedern, Aufgaben und Verantwortlichkeiten ist vorhanden.
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	monatlich

## A-12.2 **Klinisches Risikomanagement**

### A-12.2.1 *Verantwortliche Person*

In Fragen rund um das Risikomanagement steht unsere Risikomanagementbeauftragte allen beratend zur Seite. Ziel des Risikomanagements ist es, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und zu vermindern bzw. zu beseitigen. Qualitäts- und Risikomanagement sind in unserer Einrichtung eng miteinander verzahnt.

#### Angaben zur Person

**Angaben zur Person** Entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement

#### Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement

<b>Funktion</b>	Qualitätsmanagementbeauftragte
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Michèle Holstein
<b>Telefon</b>	06151/403-5021
<b>Fax</b>	06151/403-5009
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:holstein.michele@eke-da.de">holstein.michele@eke-da.de</a>

### A-12.2.2 *Lenkungs-gremium*

In allen Arbeitsbereichen können Risiken entstehen oder bereits vorhanden sein. Zur kontinuierlichen Weiterentwicklung, wurden verschiedene Lenkungsgruppen implementiert, um aus Fehlern zu lernen.

In unserer Einrichtung tagen die CIRS-Basisteams, bestehend aus Mitgliedern der verschiedenen Professionen, Abteilungs- und Funktionsbereiche in regelmäßigen Abständen und in dringenden Fällen bei Bedarf. Das CIRS-Basisteam beschäftigt sich mit der Erfassung von Beinahe-Fehlern und kritischen Ereignissen sowie der Aufbereitung von Lösungsstrategien und Veränderungen an Prozessen.

Ein einrichtungsübergreifender Austausch zum Thema Risikomanagement findet durch den AGAPLESION CIRS-Fall des Monats sowie halbjährliche Treffen der QMBs (AAB) der Einrichtungen statt.

Die AGAPLESION Lenkungsgruppe Risikomanagement tagt mindestens zweimal jährlich und besteht aus:

- Geschäftsführer AGAPLESION ELISABETHENSTIFT; Risikomanager AGAPLESION
- Geschäftsführerin Krankenhausprojektgesellschaft Schaumburg
- Justiziarin AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN
- Leiterin Zentraler Dienst Interne Revision AGAPLESION
- Mitarbeiterin Zentraler Dienst Qualitätsmanagement AGAPLESION
- Leiter Zentraler Dienst Kaufmännisches Controlling AGAPLESION
- Leiterin Zentraler Dienst Qualitätsmanagement AGAPLESION
- Mitarbeiterin AGAPLESION Kompetenzzentrum Wohnen & Pflegen
- Geschäftsführer AGAPLESION DIAKONIEKLINIKUM HAMBURG

Auf dieser Ebene werden einrichtungsübergreifend die Analyse und Bewertung gemeldeter (Beinahe-) Fehler, die Überwachung und Prüfung des Risikomanagements in den Einrichtungen, die Initiierung von Projektaufträgen sowie die Erarbeitung und Verabschiedung von Vorschlägen für die Verbesserung der Konzepte Risikomanagement und CIRS, vorgenommen.

#### Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe

<b>Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe</b>	Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
<b>Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich</b>	Ein Lenkungs-gremium für das Risikomanagement mit definierten Mitgliedern, Aufgaben und Verantwortlichkeiten ist vorhanden.
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	halbjährlich





Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: AGA Risikomanagement Datum: 12.01.2016	AGA Qualitätsmanagement AGA Qualitätspolitik AGA Interne und Externe Qualitätssicherung AGA Qualitätsbericht AGA Management-bewertung AGA EinsA Qualitätsversprechen AGA Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen AGA Patientensicherheit AGA Risikomanagement
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		AGA Fort- und Weiterbildung AGA Dienstleistungs-angebote QMZ QMT-Schulungen; Schulungen im Dokumentenmanagement- system roXtra; Audit- Schulungen; Schulungen im Bereich Risikomanagement und CIRS; Schulungen im Bereich Meinungsmanagement
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter beeinflusst wesentlich die Qualität unserer Einrichtung. Durch die regelmäßig stattfindende anonyme Mitarbeiterbefragung (AGA Mitarbeiterbefragung) haben alle Mitarbeiter eine weitere Möglichkeit sich aktiv einzubringen.
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Name: EKE Medizinisches Notfallmanagement Datum: 01.04.2015	Das klinische Notfallmanagement ist am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT durch ein einheitliches Notfallkonzept geregelt, welches auf neuen wissenschaftlichen Richtlinien, unter anderem der Bundesärztekammer, basiert. Das Notfallkonzept gewährleistet eine schnelle und angemessene Patientenversorgung sowie eine einheitliche Information der Mitarbeiter zur korrekten Vorgehensweise in Notfallsituationen. Der Prozess zum klinischen Notfallmanagement wird engmaschig von der Abteilung Qualitätsmanagement überprüft.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM05	Schmerzmanagement	Name: EKE Handbuch Schmerztherapie Datum: 04.05.2016	Im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT erhält jeder Patient mit akuten, tumorbedingten chronischen sowie zu erwartenden Schmerzen ein angemessenes Schmerzmanagement, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie auf erträgliches Maß reduziert oder beseitigt. Die Schmerzintensität wird durch standardisierte Messverfahren erfasst. Im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT werden Sie, neben den für Sie zuständigen Ärzten, zusätzl. von einer speziell im Thema Schmerz weitergebildeten Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft, der „Pain Nurse“, betreut und mit der für Sie notwendigen Schmerzmedikation versorgt.
RM06	Sturzprophylaxe	Name: EKE Pflegestandard Sturzprophylaxe Datum: 04.05.2015	Bei jeder Neuaufnahme von Patienten wird im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT das individuelle Sturzrisiko durch eine examinierte Pflegekraft erfasst und dokumentiert. Alle durchgeführten Maßnahmen zur Sturzprophylaxe verfolgen das Ziel, das Sturzrisiko zu reduzieren, bzw. Stürze zu verhindern. Darunter fallen unter anderem die Einweisung von Patienten in die Verwendung von Mobilitätshilfsmitteln, die Kontrolle der Hör- und Sehfähigkeit sowie die Beseitigung von potentiellen Unfallquellen.
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Name: EKE Pflegestandard Dekubitusprophylaxe Datum: 15.08.2016	Bei jeder Neuaufnahme von Patienten wird im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT das individuelle Dekubitusrisiko durch eine examinierte Pflegekraft erfasst und dokumentiert. Alle durchgeführten Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe verfolgen das Ziel ein Dekubitalgeschwür zu verhindern.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Name: EKE Freiheitsentziehende Maßnahmen Datum: 03.05.2016	Im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT ist der Umgang sowie die Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen durch mehrere Verfahrensanweisungen geregelt.
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Name: AGA AMTech Anweisung für Anwender Datum: 13.06.2016	Der Ablauf im Umgang mit Funktionsausfällen und sonstigen Mängeln mit Medizinprodukten ist geregelt.
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Qualitätszirkel	In unsere Einrichtung finden regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen statt. Hier arbeiten Fachleute aus unterschiedlichen Fachabteilungen zusammen, um Krankheitsgeschichten und Befunde zu besprechen. Ziel ist ein konstruktiver und kritischer Austausch zur eigenen Vorgehensweise.
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		Wir setzen standardisierte Aufklärungsbögen ein, um unsere Patienten in die Lage zu versetzen Ihre medizinische Situation soweit zu verstehen, damit sie eine fundierte Entscheidung über die einzuschlagende medizinische Vorgehensweise partnerschaftlich treffen können.
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten		Durch eine systematische OP-Vorbereitung und festgelegte Kontrollpunkte während des ganzen Behandlungsprozesses, wird ein reibungsloser Ablauf sichergestellt. Hierfür kommen standardisierte OP-Checklisten zum Einsatz.
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Name: EKE Anästhesie komplexer Eingriffe Datum: 10.05.2016	Im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT besteht bei geplanten komplexen Eingriffen die Möglichkeit der Eigenblutspende.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Name: AGA Patientenrechtegesetz Datum: 27.11.2015	In den operativen Abteilungen des AGAPLESION ELISABETHENSTIFT werden neben den Indikationssprechstunden tägliche Fallbesprechungen zur präoperativen Befundung und Therapiefestlegung durchgeführt.
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Name: EKE Patientenidentifikationsarmband Datum: 12.02.2015	Das Identifikationsarmband (AGA Patienten-Identifikationsarmband Umgang) dient dazu, die Identifikation des Patienten bei allen Behandlungsschritten festzustellen. Dies orientiert sich an der vom Aktionsbündnis Patientensicherheit herausgegebenen Handlungsempfehlung.
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Name: EKE Aufwachraum Leitfaden Datum: 12.02.2015	Am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT sind alle relevanten Vorgänge zur postoperativen Überwachung der Patienten im Leitfaden Aufwachraum beschrieben.
RM18	Entlassungsmanagement	Name: EKE Entlassmanagement Somatik Datum: 15.08.2016	Das Entlassmanagement im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT Evangelisches Krankenhaus wurde auf der Grundlage des § 11 Abs. 4 SGB V etabliert, in dem es heißt: "(4) Versicherte haben den Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Dazu haben die Krankenhäuser ein Entlassmanagement zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege einzurichten (...)." Dabei arbeitet das Überleitungs- und Entlassungsmanagement im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT transparent, schnell, vollständig und kostengünstig.

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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 folgt die Weitervermittlung der Neuerungen an die Mitarbeiter und die Umsetzung in die Praxis, um solche Fehler künftig zu vermeiden.

Neben dem CIRS führen unsere Einrichtungen strukturiert Informationen über Risiken aus Risikointerviews, Begehungen oder Audits zusammen.

#### Internes Fehlermeldesystem

<b>Internes Fehlermeldesystem</b>	Ja
<b>Regelmäßige Bewertung</b>	Ja
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	halbjährlich
<b>Verbesserung Patientensicherheit</b>	Die Einrichtung hat die AGA Risk List vollständig umgesetzt. Die Einrichtung verfügt über ein Meldesystem für kritische Ereignisse (CIRS). Es besteht ein Etikettierungssystem, um Verwechslungen von Spritzen zu vermeiden. Es werden Patientenidentifikationsarmbänder verwendet.

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	12.01.2016
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	halbjährlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	quartalsweise

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

#### Übergreifendes Fehlermeldesystem

<b>Übergreifendes Fehlermeldesystem</b>	Ja
<b>Regelmäßige Bewertung</b>	Ja
<b>Tagungsfrequenz des Gremiums</b>	monatlich

Nr.	Instrument und Maßnahme
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)



## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)
Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	6
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	2
Hygienebeauftragte in der Pflege	3

### Hygienekommission

Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

### Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission

Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	PD. Dr. med Mathias Pfisterer
Telefon	06151/403-3001
Fax	06151/403-3009
E-Mail	<a href="mailto:Pfisterer.Mathias@eke-da.de">Pfisterer.Mathias@eke-da.de</a>

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

### 1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage

Der Standard liegt vor Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle Ja

c) Beachtung der Einwirkzeit Ja

d) Weitere Hygienemaßnahmen

- sterile Handschuhe Ja

- steriler Kittel Ja

- Kopfhaube Ja

- Mund-Nasen-Schutz Ja

- steriles Abdecktuch Ja

Standard durch  
Geschäftsführung/Hygienekom.  
autorisiert Ja

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

Der Standard liegt vor Ja

Standard durch  
Geschäftsführung/Hygienekom.  
autorisiert Ja

## A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

### Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie

Die Leitlinie liegt vor Ja

Leitlinie an akt. hauseigene  
Resistenzlage angepasst Ja

Leitlinie durch  
Geschäftsführung/Arzneimittel-  
/Hygienekom. autorisiert Ja

### Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe

Der Standard liegt vor Ja

1. Der Standard thematisiert insbesondere

a) Indikationsstellung zur  
Antibiotikaprophylaxe Ja

b) Zu verwendende Antibiotika Ja

c) Zeitpunkt/Dauer der  
Antibiotikaprophylaxe Ja

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

3. Antibiotikaprophylaxe bei operierten  
Patienten strukturiert überprüft Ja

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

#### Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel

Der Standard liegt vor Ja

#### Der interne Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion Ja

b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen Ja

c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden Ja

d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe Ja

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

Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert Ja

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

#### Händedesinfektionsmittelverbrauch

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Ja

- Händedesinfektionsmittelverbrauch 25,83 ml/Patiententag

##### Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Ja

- Händedesinfektionsmittelverbrauch 102,83 ml/Patiententag

Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs Ja

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

#### MRSA

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

Informationsmanagement für MRSA liegt vor Ja

#### Risikoadaptiertes Aufnahmescreening

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen) Ja

#### Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang

Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren Ja

#### A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Silber
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS ITS-KISS OP-KISS
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRE Netzwerk Hessen Süd
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	

#### A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

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.

<b>Lob- und Beschwerdemanagement</b>		<b>Kommentar / Erläuterungen</b>
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 (AGA Meinungsmanagement) für alle Einrichtungen vor. Dort ist geregelt, innerhalb wie vieler Tage eine Rückmeldung an den Meinungsgeber erfolgen sollte (falls bekannt) und wie der weitere Prozess intern geregelt ist.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Anregungen, Kritik oder Lob können Patienten, Angehörige oder Besucher gerne jederzeit vertrauensvoll gegenüber unseren Mitarbeitenden äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche, Ansprüche und Bedürfnisse zu realisieren. Auch Frau Steindecker, Pflegedirektorin und Meinungsmanagementbeauftragte, nimmt Meinungen gerne entgegen. Die Kontaktdaten des Ansprechpartners sind zudem veröffentlicht, so dass eine Meinung auch telefonisch mitgeteilt werden kann.
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 von den Patienten, Angehörigen oder Besuchern gewünscht, können Mitarbeiter helfen, den Meinungsbogen auszufüllen. Zudem kann der Bogen online ausgefüllt werden.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer 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.

### Regelmäßige Einweiserbefragungen

**Durchgeführt** Ja

**Link**

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

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

### Regelmäßige Patientenbefragungen

**Durchgeführt** Ja

**Link**

**Kommentar** Bei der Verbesserung unserer Prozesse orientieren wir uns an den Wünschen und Bedürfnissen unserer Patienten. Deshalb führt unsere Einrichtung regelmäßig Patientenbefragungen zu unterschiedlichen Themenbereichen durch, wie z. B.:

- Allgemeine Zufriedenheit (z. B. mit der Ausstattung und Verpflegung)
- Schmerzmanagement
- Tumorzentrum
- usw.

### Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

**Möglich** Ja

**Link** <http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/5040.html>

**Kommentar** Wir haben für die Patienten, Angehörigen, Besucher und Mitarbeiter an zentralen Orten des Krankenhauses unsere Meinungsbögen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ ausgelegt. Anonyme Beschwerden können in hierfür vorgesehene Briefkästen am Eingang und auf den Stationen eingeworfen oder per Post an Frau Steindecker (Pflegedirektorin) gesendet werden. Unserer Homepage bietet sich als weitere Möglichkeit für die anonyme Meldung einer Meinung.

### Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

#### Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

**Funktion** Pflegedirektorin

**Titel, Vorname, Name** Birgit Steindecker

**Telefon** 06151/403-7701

**Fax** 06151/403-7709

**E-Mail** [steindecker.birgit@eke-da.de](mailto:steindecker.birgit@eke-da.de)

#### Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements

**Link zum Bericht** <http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/5040.html>

**Kommentar**

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

Die gewonnen 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.

#### Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprecher

##### Patientenfürsprecherin oder Patientenfürsprecher

<b>Funktion</b>	Patientenfürsprecherin
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Barbara Keilich
<b>Telefon</b>	06151/403-7630
<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:Keilich.Barbara@eke-da.de">Keilich.Barbara@eke-da.de</a>

#### Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

**Kommentar** Sprechzeiten:  
Barbara Keilich: montags 10.00 bis 11.00 Uhr

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu

verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

#### *A-12.5.1 Verantwortliches Gremium*

##### **Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe**

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

#### *A-12.5.2 Verantwortliche Person*

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

##### **Angaben zur Person**

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

##### **Verantwortliche Person AMTS**

<b>Funktion</b>	Chefarzt
<b>Titel, Vorname, Name</b>	Prof. Dr. med. Martin Heidt
<b>Telefon</b>	06151/403-1001
<b>Fax</b>	06151/403-1009
<b>E-Mail</b>	heidt.martin@eke-da.de

#### *A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal*

<b>Pharmazeutisches Personal</b>	<b>Anzahl (Personen)</b>
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

#### *A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen*

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

Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese:

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

Medikationsprozess im Krankenhaus:



Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

Entlassung:

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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fallbesprechungen</li> <li>- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung</li> <li>- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)</li> <li>- Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)</li> </ul>

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	in Kooperation mit der Abteilung für Radiologie
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein	in Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Nein	in Kooperation mit niedergelassenen Ärzten.
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	3-Tesla-MRT; in Kooperation mit der Abteilung für Radiologie
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	-	Untersuchungen können von der Praxis aus organisiert werden.
AA32	Szintigraphiescanner/Gamma sonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-	Untersuchungen können von der Praxis aus organisiert werden.
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung /Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-	Kooperation mit einer niedergelassenen Facharzt-Praxis im Ärztehaus am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS.
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-	

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

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

<b>Teilnahme des Krankenhauses am gestuften System der Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen:</b>	Ja
---	----

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

#### Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses

<b>Zugeordnete Notfallstufe</b>	Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
<b>Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung</b>	Nein

#### Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt

Erfüllung der Voraussetzungen der Notfallstufe

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

<b>Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?</b>	Nein
---	------

<b>Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden?</b>	Nein
--	------

- B** Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen
- B-1** Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie Mathildenhöhe
- B-1.1** **Allgemeine Angaben - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie Mathildenhöhe**

In der Klinik für Innere Medizin werden Patienten mit Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, des Magen-Darm-Traktes, der Leber, der Gallenwege, der Bauchspeicheldrüse, der Atemwege, der Nieren, des Blutes und des Stoffwechsels behandelt. Die Zentrale Notaufnahme (ZNA) stellt zudem einen 24-Stunden-Dienst an sieben Tagen in der Woche sicher. Integriert in die Klinik für Innere Medizin ist das Schlaflabor (akkreditiert von der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin - DGSM).

Die invasive Kardiologie wird im Rahmen der "Kardiologie Mathildenhöhe" betrieben: durch eine vertragliche Regelung zwischen dem AGAPLESION ELISABETHENSTIFT, dem Alice-Hospital Darmstadt und den kardiologischen Gemeinschaftspraxen am Alice-Hospital (Kardio-vasculäres Zentrum Darmstadt und Kardiologie Darmstadt) wird gemeinsam ein Herzkatheterlabor am Standort Elisabethenstift betrieben. Schwerpunkte der Tätigkeit im Herzkatheterlabor sind die Elektrophysiologie, die invasive Angiologie und die elektive kardiologische Diagnostik von Patienten mit koronarer Herzkrankheit, Herzklappenfehlern und Kardiomyopathien. Bezüglich der Elektrophysiologie besteht eine Kooperation mit der Universitätsmedizin Mainz.

Die Sektion Gastroenterologie versorgt Patienten mit Erkrankungen der Speiseröhre, des Magens, des Zwölffingerdarms, der Leber inklusive Gallenwege, der Bauchspeicheldrüse und des Dünn- bzw. Dickdarms unter Einbeziehung der Erkrankungen des Darmausganges. Dabei wird ein umfassendes Programm an Diagnostik und Therapie angeboten.

Es erfolgt eine sehr enge Zusammenarbeit mit der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie auf den Stationen A11/A12 in dem bereits im Jahr 2004 gegründeten Interdisziplinären Magen-Darm-Zentrum. Ein wichtiger Bestandteil dieser Kooperation ist die gemeinsame Fallbesprechung: regelmäßig finden Gesprächsforen aller, mit der Behandlung des einzelnen Patienten befassten Spezialisten, mit dem Ziel, die für ihn optimale Behandlungsstrategie zu entwickeln statt. Eine dieser Fallbesprechungen ist speziell für Patienten mit Tumorerkrankungen ausgerichtet (sogenanntes "Tumorboard"). Diesem Forum gehören Ärzte und assoziierte Einrichtungen (z. B. Onkologen, Strahlentherapeuten, Pathologen, u. a.) Darmstadts und der Umgebung an. Auf diesem Weg wird auch die gegenseitige Überleitung der Patienten optimiert und eine Doppeldiagnostik vermieden. 2009 wurde, in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Partnern, das "Darm-Zentrum am Elisabethenstift Darmstadt" von OnkoZert zertifiziert. Am 27.11.2018 wurden die vorhandenen Qualitätskriterien in einer erfolgreichen Re-Zertifizierung bestätigt.

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie Mathildenhöhe
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	0100 0103 0107 0108 0114 0151 0700 3600 3601
<b>Art</b>	Hauptabteilung

## Ärztliche Leitung

**Fachabteilung:** Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie Mathildenhöhe  
**Art:** Hauptabteilung

**Chefarzt/-Ärzte**  
**Funktion:** Chefarzt  
**Titel, Vorname, Name:** Prof. Dr. med. Martin C. Heidt  
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin  
**Telefon:** 06151/403 – 1001  
**Fax:** 06151/403 – 1009  
**E-Mail:** [Heidt.Martin@eke-da.de](mailto:Heidt.Martin@eke-da.de)

**Funktion:** Ansprechpartnerin  
**Titel, Vorname, Name:** Sekretariat: Andrea Fiedler  
**Telefon:** 06151/403 – 1001  
**Fax:** 06151/403 – 1009  
**E-Mail:** [Heidt.Martin@eke-da.de](mailto:Heidt.Martin@eke-da.de)

## Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Landgraf-Georg-Straße 100	64287 Darmstadt	<a href="http://www.agaplesion-elisabethenstift.de">http://www.agaplesion-elisabethenstift.de</a>

Leitender Oberarzt und Sektionsleiter Gastroenterologie  
Dr. med. Andreas Große  
(Innere Medizin, Gastroenterologie)  
Tel.: 06151 / 4 03 - 1912 (Patientenmanagement)  
Fax: 06151 / 4 03 - 1919  
E-Mail: [Grosse.Andreas@eke-da.de](mailto:Grosse.Andreas@eke-da.de)

Geschäftsführender Oberarzt Klinik für Innere Medizin, Leiter Zentrale Notaufnahme  
Dr. med. Jens Büttner  
(Innere Medizin, Internistische Intensivmedizin, Kardiologie, Notfallmedizin, Ernährungsmediziner DAEM/DGEM)  
Tel.: (06151) 4 03 - 1912  
Fax: (06151) 4 03 – 1919  
E-Mail: [Buettner.Jens@eke-da.de](mailto:Buettner.Jens@eke-da.de)

Oberarzt Klinik für Innere Medizin  
Dr. med. Jan Niemeyer  
(Innere Medizin, Gastroenterologie, Notfallmedizin)  
Tel.: (06151) 4 03 - 1912  
Fax: (06151) 4 03 – 1919  
E-Mail: [Niemeyer.Jan@eke-da.de](mailto:Niemeyer.Jan@eke-da.de)

Oberarzt Klinik für Innere Medizin  
Raphael Steegmanns  
(Innere Medizin, Internistische Intensivmedizin, Kardiologie)  
Tel.: (06151) 4 03 - 1912  
Fax: (06151) 4 03 – 1919  
E-Mail: [Steegmanns.Raphael@eke-da.de](mailto:Steegmanns.Raphael@eke-da.de)

Oberarzt Klinik für Innere Medizin  
Dr. med. Andreas Roseneck  
(Innere Medizin, Gastroenterologie)  
Tel.: (06151) 4 03 - 1912  
Fax: (06151) 4 03 – 1919  
E-Mail: [Roseneck.Andreas@eke-da.de](mailto:Roseneck.Andreas@eke-da.de)

Oberärztin Klinik für Innere Medizin  
Kordula Rützel  
(Innere Medizin, Intensivmedizin)  
Tel.: 06151 / 4 03 - 19 12 (Patientenmanagement)  
Fax: 06151 / 4 03 - 19 19  
E-Mail: [Ruetzel.Kordula@eke-da.de](mailto:Ruetzel.Kordula@eke-da.de)

## B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja



---

**B-1.3**

**Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie Mathildenhöhe**

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie Mathildenhöhe	Kommentar
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	Diagnostik und Therapie: - Mikrobiologische und immunologische Diagnostik - Antibiotika-Therapie - Intensivmedizinische Betreuung - Kontrollierte Beatmung
VC06	Defibrillatoreingriffe	Es werden Ein- und Zweikammeraggregate sowie frequenzadaptive Systeme eingesetzt. Eine Nachbetreuung erfolgt im Rahmen einer Spezialsprechstunde und in Kooperation mit niedergelassenen Kardiologen.
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	Diagnostik mittels Langzeit-Blutdruckmessung (ABDM), farbkodierten Ultraschallverfahren und / oder MR-Angiographie (Radiologie), Medikamentöse Therapie.
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	Diagnostik und Therapie: - Bodyplethysmographie - Rechtsherzkatheter - Spiroergometrie - Ultraschalldiagnostik - Therapie mit Vasodilantien
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	Diagnostik und Therapie: - Allergiediagnostik - Desensibilisierung
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS). Bei der Notwendigkeit komplexer Immuntherapien, wird an entsprechend qualifizierte Zentren verwiesen.
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	Diagnostik und Therapie: - Serologische Diagnostik - Spezifische Pharmakologische Therapie
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Strukturierte Beratung bei Diabetes mellitus durch eine Diabetesberaterin. Ggf. endokrinologisches Konsil durch einen am Ärztehaus niedergelassenen Arzt.



Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie Mathildenhöhe	Kommentar
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	Diagnostik und Therapie: - Liquorpunktion - Bildgebende Verfahren (CCT, MRT) - Antibiotika-Therapie - Intensivmedizinische Betreuung
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Im Lungenzentrum Darmstadt, das gemeinsam mit Facharztpraxen am MVZ betrieben wird, stehen alle modernen diagnostischen und therapeutischen Verfahren zur Verfügung. Im klinikeigenen Zentrum für Endoskopie kann modernste endoskopische Lungendiagnostik und -therapie praktiziert werden.
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Diagnostik und Therapie: - Sonographie - Endosonographie - ERCP - Steinextraktion und -zertrümmerung - Dilatation/ Stentimplantation - Perkutane Ableitung der Gallenflüssigkeit - Sphinkterotomie
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	Diagnostik und Therapie: - Prokto- / Rektoskopie - Hämorrhoidenligatur - Polypektomie - Dilatationsbehandlung
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	Diagnostik und Therapie: - Ösophago-Gastro-Duodeno-Jejuno-skopie - Polypentfernung - Laserverfahren - Endoskopische Blutstillung - Ösophagus-Varizenligatur - Kapselendoskopie - Calprotectinbestimmung - pH-Metrie
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Kooperation mit der Klinik für Geriatrische Medizin
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	Diagnostik bzw. Therapie: - Labordiagnostik - Antikoagulantientherapie - Selbstkontrolle der Antikoagulation

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie Mathildenhöhe	Kommentar
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	In die Patientenbetreuung ist eine hämatologisch-onkologische Schwerpunktpraxis einbezogen (Konsiliarsystem): - Labordiagnostik - Knochenmarkspunktion - Immuntherapie - Chemotherapie - Teilnahme am Tumorboard (s. Darmzentrum)
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	Diagnostik und Therapie: - Labordiagnostik - Serologie - Moderne bildgebende Verfahren - Antibiotikatherapie - Immuntherapie
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Diagnostik und Therapie: - Belastungs-EKG - Stress-Echo - Herzkatheter-Diagnostik - Farbdopplerechokardiographie - Herzkatheterdiagnostik - Koronarinterventionen
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Farbduplexsonographie - Gefäßinterventionen (s. Kardiologie Mathildenhöhe)
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	Diagnostik und Therapie: - Pleurapunktionen - Peurodesen - Drainagetechniken - Chemotherapie - Pneumothoraxbehandlung
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	Diagnostik und Therapie: - Doppler incl. Farbdopplersonographie - Venenkompressionssonographie
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	Diagnostik und Therapie: - Serologische Diagnostik - Basistherapie - Immuntherapie, monoklonale Antikörper

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie Mathildenhöhe	Kommentar
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	In die Patientenbetreuung ist eine nephrologische Schwerpunktpraxis einbezogen (Konsiliarsystem). Auf der Interdisziplinären Intensivstation können auch folgende Behandlungen durchgeführt werden: - Dialysebehandlungen - Hämofiltration - Sonographie - MR-Angiographie (Radiologie)
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Diagnostik und Therapie solider Tumoren Knochenmarkszytologie, -biopsie Kooperation mit Facharztpraxis Pathologie und Schwerpunktzentrum
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	Die Klinik betreibt ein akkreditiertes (DGSM) Schlaflabor zur Diagnostik und Therapie von schlafbezogenen Atemstörungen, z.B.: - Einstellung auf druckunterstützte Beatmung (CPAP, BiPAP) - Multiple-Schlaflatenz-Tests - Maskenanpassung
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	Diagnostik und Therapie: - Langzeit-EKG-Monitoring - Event-Recorder - Pharmakologische Therapie - Herzschrittmacher- und Defibrillatortherapie - Elektro-Kardioversion - Invasive Diagnostik und Ablationen (Elektrophysiologie und Interventionen) (s. Kardiologie Mathildenhöhe)
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	Diagnostik und Therapie: - Duplexsonographie (Halsgefäße) - EEG
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Farbduplexsonographie MR-Angiographie (Radiologie)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie Mathildenhöhe	Kommentar
VI35	Endoskopie	Durchführung nicht-invasiver und invasiver Untersuchungs- u. Behandlungsverfahren. Dazu zählen u.a.: Magen-, Darm- u. Gallengangs-Endoskopien, Helicobacter-Diagnostik u. -Therapie, 24-Stunden-Notfallversorgung von akuten Blutungen sowie weitere diagnostische u. therapeutische Verfahren: Kapselendoskopie
VI20	Intensivmedizin	Die Interdisziplinäre Intensivstation verfügt über 11 Betten. Schwerpunkte stellen die invasiven und nicht-invasiven Beatmungsverfahren, die postoperative Betreuung kritisch Kranker, die kardiologische, pneumologische und gastroenterologische Intensivmedizin dar.
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	Therapie: - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen - Infusionstherapie - Vasoaktive Substanzen - Invasive Diagnostik und Therapie (s. Kardiologie Mathildenhöhe)
VC05	Schrittmachereingriffe	Alle modernen Ein- und Zweikammersysteme implantiert und nachbetreut (Herzschrittmacher-Spezialsprechstunde): - Ein- und Zweikammerschrittmacher - Frequenzadaptive Systeme - Event-Recorder
VI27	Spezialsprechstunde	Es stehen zur Verfügung: - Herzschrittmacher- und Defibrillatorambulanz - Gastroenterologische Sprechstunde - Pneumologische/Allergologische Sprechstunde - Kardiologische Sprechstunde

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie Mathildenhöhe	Kommentar
VI42	Transfusionsmedizin	In Kooperation mit der Abteilung für Anästhesie, OP und Schmerztherapie. Weitere Informationen: s. Abteilung für Anästhesie, OP und Schmerztherapie.

### **B-1.5 Fallzahlen - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie Mathildenhöhe**

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	5054
Teilstationäre Fallzahl	0

## **B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Bitte beachten: in der ersten Tabelle (Kapitel B-1.6.1) sind nur Hauptdiagnosen aufgeführt, d.h. Begleiterkrankungen, die gleichzeitig behandelt werden, finden in dieser Tabelle keine Darstellung. Daher übersteigen die tatsächlichen Behandlungszahlen die hier angegebenen.

### *B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD*

<b>Rang</b>	<b>ICD-10</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	I50	367	Herzschwäche
2	I70	254	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
3	G47	236	Schlafstörung
4	J18	218	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
5	J44	211	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
6	I48	197	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
7	K29	144	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
8	R55	130	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
9	A09	113	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
10	I10	109	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
11	K57	98	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
12	J22	90	Akute Entzündung der unteren Atemwege, vom Arzt nicht näher bezeichnet
13	N39	90	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
14	E86	79	Flüssigkeitsmangel
15	A41	75	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)

## **B-1.7**      **Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Prozeduren bzw. Operationen der Fachabteilung.

### *B-1.7.1*      *Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

<b>Rang</b>	<b>OPS-301</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	1-632	1573	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie
2	8-930	992	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
3	1-440	762	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
4	1-710	757	Ganzkörperplethysmographie
5	1-653	701	Diagnostische Proktoskopie
6	1-650	677	Diagnostische Koloskopie
7	1-711	611	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
8	1-713	609	Messung der funktionellen Residualkapazität [FRC] mit der Helium-Verdünnungsmethode
9	1-63b	518	Chromoendoskopie des oberen Verdauungstraktes
10	8-83b	511	Zusatzinformationen zu Materialien
11	1-790	507	Polysomnographie
12	8-980	499	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
13	8-836	352	(Perkutan-)transluminale Gefäßintervention
14	8-121	351	Darmspülung
15	8-831	324	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße

## B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Chefarztambulanz, Schwerpunkt: Innere Medizin - Kardiologie

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) (VI07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen (VI31)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten (VI01)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit (VI03)

### Gastroenterologische/ Endoskopische Ambulanz

<b>Ambulanzart</b>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04)
<b>Kommentar</b>	auf Zuweisung durch Gastroenterologen

### Gastroenterologische/ Endoskopische Ambulanz

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas (VI14)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs (VI12)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11)

### Herzschrittmacherambulanz

<b>Ambulanzart</b>	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) (AM04)
<b>Kommentar</b>	3 Monate nach Implantation eines Herz-Schrittmachers oder Defibrillators im Hause, darüber hinaus auf Überweisung von Fachärzten für Innere Medizin / Kardiologie

### Internistische Ambulanz

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
--------------------	-----------------------

### Notaufnahme

<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
--------------------	------------------------------

### Pneumologische Ambulanz

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Angebotene Leistung</b>	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge (VI15)



## B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-650	121	Diagnostische Koloskopie
2	5-452	45	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
3	1-444	27	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt
4	5-429	14	Andere Operationen am Ösophagus
5	1-275	< 4	Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung
6	3-605	< 4	Arteriographie der Gefäße des Beckens
7	5-378	< 4	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators

## B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

### Zulassung vorhanden

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

## B-1.11 Personelle Ausstattung

### B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.**

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

**Anzahl Vollkräfte:** 29,26

**Kommentar:** Bestehende Weiterbildungsermächtigung im Gebiet "Innere Medizin" für 5 Jahre. (Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen vom 01.11.2005)

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	26,63	
Ambulant	2,63	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	29,26	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 189,78596

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

**Anzahl Vollkräfte:** 7,58

**Kommentar:** Die anderen Ärzte befinden sich in der Weiterbildung.

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,9	
Ambulant	0,68	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,58	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 732,46377

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	1
AQ24	Innere Medizin und Angiologie	
AQ23	Innere Medizin	
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie	
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie	
AQ59	Transfusionsmedizin	

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF46	Tropenmedizin
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
ZF39	Schlafmedizin

#### B-1.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.**

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

### Personal in Fachabteilung

**Anzahl Vollkräfte:** 55,86

**Kommentar:** Auf der Intensivstation werden ausschließlich examinierte Pflegekräfte eingesetzt.

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	50,83	
Ambulant	5,03	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	55,86	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 99,42947

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:**

#### Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 2 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:**

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahr

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,24

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,13	
Ambulant	0,11	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,24	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 4472,56637

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** ab 200 Std. Basiskurs

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 10,76

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,79	
Ambulant	0,97	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,76	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 516,24106

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 3,45

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,14	
Ambulant	0,31	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,45	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1609,55414

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ01	Bachelor
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ20	Praxisanleitung

#### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP15	Stomamanagement	Speziell für die Stomapflege qualifizierte Fachkräfte sind im Haus stationsübergreifend tätig.
ZP16	Wundmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP02	Bobath	

## B-2 Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

### B-2.1 Allgemeine Angaben - Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Ein Schwerpunkt der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin ist das Gebiet des künstlichen Gelenkersatzes (Endoprothetik), in dem langjährige Erfahrungen bestehen (einschließlich Wechseloperationen). Hierfür wurde die Klinik 2013 als Endoprothesenzentrum zertifiziert. Darüber hinaus werden in der Unfallchirurgie neben der Operation und Behandlung von Extremitätenverletzungen (Arme und Beine) auch leichte bis mittelschwere Schädel-Hirn-Verletzungen sowie Verletzungen des Brustraums behandelt. Damit gehören nahezu alle Formen von Unfall- und Sportverletzungen zum Behandlungsspektrum der Klinik. Die Klinik ist als lokales Traumazentrum Teil des Traumanetzwerkes Südhessen. Darüber hinaus ist die Klinik, als Alsteramatologisches

Zentrums zertifiziert durch die DGG und DGU. Von der ICRS besteht eine Anerkennung als Center of Excellence für Knorpeltherapie. Zulassung zur stationären und ambulanten D-Arzt-Verfahren der DGUV.

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

**Fachabteilung** Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

**Fachabteilungsschlüssel** 1600  
1516  
1523  
2300  
2315  
3600  
3618

**Art** Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

**Fachabteilung:** Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

**Art:** Hauptabteilung

#### Chefarzt/-Ärzte

**Funktion:** Chefarzt  
**Titel, Vorname, Name:** Dr. med. Thomas Schreyer  
**Telefon:** 0 61 51/4 03 – 21 01  
**Fax:** 0 61 51/4 03 – 21 09  
**E-Mail:** [Schreyer.Thomas@eke-da.de](mailto:Schreyer.Thomas@eke-da.de)

**Funktion:** Ansprechpartnerin  
**Titel, Vorname, Name:** Sekretariat: Brigitte Staake  
**Telefon:** 0 61 51/4 03 – 21 01  
**Fax:** 0 61 51/4 03 – 21 09  
**E-Mail:** [Staake.Brigitte@eke-da.de](mailto:Staake.Brigitte@eke-da.de)

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Landgraf-Georg-Straße 100	64287 Darmstadt	<a href="http://www.agaplesion-elisabethenstift.de">http://www.agaplesion-elisabethenstift.de</a>

Leitender Oberarzt Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Dr. med. Klaus Jost  
Tel.: 06151 / 4 03 - 21 01  
Fax: 06151 / 4 03 - 21 09  
E-Mail: [Jost.Klaus@eke-da.de](mailto:Jost.Klaus@eke-da.de)

Oberarzt Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Dr. med. Carsten Hoffmann  
E-Mail: [Hoffmann.Carsten@eke-da.de](mailto:Hoffmann.Carsten@eke-da.de)

Oberarzt Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Marc Schneider  
E-Mail: [Schneider.Marc@eke-da.de](mailto:Schneider.Marc@eke-da.de)

Oberarzt Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Jonas Teclé  
E-Mail: [Teclé.Jonas@eke-da.de](mailto:Teclé.Jonas@eke-da.de)

Funktionsoberärztin Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin  
Dr. med. Sabine Geck  
E-Mail: [Geck.Sabine@eke-da.de](mailto:Geck.Sabine@eke-da.de)

## **B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten**

### **Angaben zu Zielvereinbarungen**

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja





Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin	Kommentar
VC00	Knorpelzelltransplantationen - offen und arthroskopisch	Knorpelschäden in Gelenken werden seit 19 Jahren in unserem Haus durch körpereigene Transplantation behandelt. Bei diesem Verfahren (minimalinvasiv bzw. arthroskopisch) entsteht ein belastungsfähiger Knorpel. So kann häufig verhindert werden, dass später ein künstliches Gelenk eingesetzt werden muss.
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	Insbesondere vorderes Kreuzband, oberes Sprunggelenk.
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	Beinachsenfehlstellungen werden sowohl am Oberschenkel als auch am Unterschenkel korrigiert (Umstellungsosteotomien).
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VO14	Endoprothetik	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin	Kommentar
VO15	Fußchirurgie	Sowohl Ärzte des AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS als auch Konsilärzte führen moderne Vorfußoperationen, insbesondere Operationen bei Hallux valgus, Spreizfuß, Plattfuß, Hammer- und Krallenzehen durch.
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	Folgendes Leistungsspektrum wird u.a. angeboten: Primärimplantation von Hüft- und Knieendoprothesen verschiedenster Art, Wechseloperationen an Knie und Hüfte, Einsatz von Oberarmkopffprothesen bei schweren Bruchformen des Oberarmkopfes.
VO16	Handchirurgie	
VK32	Kindertraumatologie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VO19	Schulterchirurgie	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	Behandlung bestimmter Verletzungen und Krankheitsbilder an der Wirbelsäule, von schmerzhaften Abnutzungsschäden, Rückenmarksverengungen und Bandscheibenvorfällen.
VC00	Hinweis	Röntgendiagnostik wird in Kooperation mit der Abteilung für Radiologie durchgeführt. Die dort angewendeten Verfahren sind bei dieser Abteilung (s. Kapitel B-12) aufgeführt.
VI42	Transfusionsmedizin	Dies wird in Kooperation mit der Zentralen Anästhesie und OP-Abteilung angeboten. Mehr Informationen sind bei dieser Abteilung (s. Kapitel B-10) dargestellt.

## B-2.5 Fallzahlen - Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1752
Teilstationäre Fallzahl	0

## B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

An dieser Stelle können Sie sich einen Eindruck über die behandelten Erkrankungen bilden. Zu beachten ist hierbei, dass in der ersten Tabelle nur "Hauptdiagnosen" genannt werden, d.h.

Begleiterkrankungen, die gleichzeitig behandelt werden, finden in dieser Tabelle keine Darstellung. Daher übersteigen die tatsächlichen Behandlungszahlen die hier angegebenen.

### *B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD*

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S00	211	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
2	M17	186	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
3	S82	118	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
4	M16	106	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
5	S52	106	Knochenbruch des Unterarmes
6	S72	101	Knochenbruch des Oberschenkels
7	S22	81	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
8	S42	79	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
9	S06	70	Verletzung des Schädelinneren
10	M23	67	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
11	S32	59	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
12	M54	57	Rückenschmerzen
13	M51	40	Sonstiger Bandscheibenschaden
14	T84	37	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
15	S20	36	Oberflächliche Verletzung im Bereich des Brustkorbes

### **B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

An dieser Stelle werden Prozeduren bzw. Operationen der Fachabteilung dargestellt.

### B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-794	229	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
2	5-820	222	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk
3	5-790	207	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
4	5-900	188	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
5	5-822	181	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk
6	5-793	125	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
7	5-812	124	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
8	5-810	119	Arthroskopische Gelenkoperation
9	8-800	98	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
10	5-787	91	Entfernung von Osteosynthesematerial
11	5-896	62	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
12	5-811	48	Arthroskopische Operation an der Synovialis
13	8-980	47	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
14	5-869	40	Andere Operationen an den Bewegungsorganen
15	5-855	38	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnensehne

### B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#### Chefarzt-Sprechstunde

**Ambulanzart** Privatambulanz (AM07)

#### Durchgangsarzt - Ambulanz/ Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

**Ambulanzart** D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz (AM09)

**Kommentar** Versorgung von Patienten nach Arbeits- und Wegeunfällen

#### Notaufnahme am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS

**Ambulanzart** Notfallambulanz (24h) (AM08)

#### Patientenmanagement

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

**Kommentar** Ambulanz im Rahmen von vor- und nachstationären Leistungen

#### Patientenmanagement

**Ambulanzart** Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V (AM12)

**Kommentar** Versorgung von Patienten bzgl. Hüft-Endoprothetik

## B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-787	138	Entfernung von Osteosynthesematerial
2	5-812	91	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
3	5-814	33	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
4	5-810	30	Arthroskopische Gelenkoperation
5	8-200	20	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese
6	5-811	19	Arthroskopische Operation an der Synovialis
7	5-056	15	Neurolyse und Dekompression eines Nerven
8	5-840	15	Operationen an Sehnen der Hand
9	5-841	11	Operationen an Bändern der Hand
10	5-790	9	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
11	5-813	8	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes
12	5-788	5	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
13	5-795	4	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen
14	5-852	4	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie
15	1-444	< 4	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt

## B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

### Zulassung vorhanden

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

## B-2.11 Personelle Ausstattung

### B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.**

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

**Anzahl Vollkräfte:** 9,77

**Kommentar:** Es besteht eine Weiterbildungsermächtigung zum Facharzt "Allgemeine Chirurgie" über sechs Jahre (zusammen mit der Klinik für Allgemeinchirurgie) sowie eine zum Facharzt "Spezielle Unfallchirurgie" über ein Jahr, sowie zwei Jahre im Special trunk für den Facharzt "Orthopädie und Unfallchirurgie".

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,82	
Ambulant	1,95	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,77	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 224,04092

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

**Anzahl Vollkräfte:** 4,87

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,9	
Ambulant	0,97	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,87	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 449,23077

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ23	Innere Medizin
AQ58	Strahlentherapie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie
ZF28	Notfallmedizin
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie
ZF44	Sportmedizin

#### B-2.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.**

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 24,82

**Kommentar:**

Die HNO-Belegabteilung ist organisatorisch Teil der unfallchirurg. Station. D.h. zu den hier genannten Pflegekräften sind die der HNO-Belegabteilung hinzu zu addieren. Entsprechend der Belegung mit chirurg. bzw.HNO-Patienten erfolgt eine Zuordnung von Pflegekräften zur Versorgung der Patienten.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	19,86	
Ambulant	4,96	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	24,82	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 88,21752

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre  
**Personal in Fachabteilung**  
**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:**  
**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahr  
**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 2,2

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,76	
Ambulant	0,44	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,2	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 995,45455

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** ab 200 Std. Basiskurs  
**Personal in Fachabteilung**  
**Anzahl Vollkräfte:** 4,17

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,34	
Ambulant	0,83	



Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,17	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 524,5509

#### Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 3,5

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,8	
Ambulant	0,7	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,5	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 625,71429

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ01	Bachelor
PQ06	Master
PQ20	Praxisanleitung

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP15	Stomamanagement	Speziell für die Stomapflege qualifizierte Fachkräfte sind im Haus stationsübergreifend tätig.
ZP16	Wundmanagement	
ZP07	Geriatric	
ZP19	Sturzmanagement	

#### *B-2.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

**Psychiatrische Fachabteilung:** Nein

## B-3 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

### B-3.1 Allgemeine Angaben - Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Ein besonderer Schwerpunkt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie liegt auf Operationen des Bauchraumes, die im Rahmen des Magen-Darm-Zentrums - einer Kooperation mit der Sektion Gastroenterologie der Klinik für Innere Medizin - auf der Station A11/A12 erbracht werden. Sämtliche minimal-invasive Operationsverfahren im Abdomen (laparoskopische Eingriffe am Dickdarm, Dünndarm, Magen, Leber, usw.) kommen dabei zum Einsatz. Insbesondere werden auch bei Tumoren des Bauchraumes onkologische Operationen durchgeführt. Die Behandlung dieser Patienten wird im Rahmen einer interdisziplinären Besprechung (Tumorboard) mit den Gastroenterologen und niedergelassenen Ärzten im Rahmen des "Darmzentrums am Elisabethenstift Darmstadt" koordiniert. Das Darmzentrum wurde erstmals am 28.10.2009 durch OnkoZert zertifiziert und die hervorragende Qualität durch eine erfolgreiche Re-Zertifizierung im Jahr 2018 bestätigt. Einen weiteren Schwerpunkt stellt die Chirurgie der Schilddrüse und der Nebenschilddrüse dar. Hierbei werden moderne Operationsverfahren wie die minimal-invasive Schilddrüsenresektion und das intraoperative Neuromonitoring eingesetzt.

Des Weiteren kommen in der Allgemeinchirurgie sämtliche allgemeinchirurgische Eingriffe insbesondere Bauchwand- und Leistenhernien mit verschiedensten Operationsverfahren (Lichtenstein-Repair, MIC-Hernienoperation) zur Anwendung. Auch Dialysekatheter (Demerskatheter) werden in großem Umfang implantiert.

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	1500 3600 3618 3757
<b>Art</b>	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

**Funktion:** Chefarzt  
**Titel, Vorname, Name:** Privatdozent Dr. med. Guido Woeste  
**Telefon:** 0 61 51/4 03 – 20 01  
**Fax:** 0 61 51/4 03 – 20 09  
**E-Mail:** [Woeste.Guido@eke-da.de](mailto:Woeste.Guido@eke-da.de)

**Funktion:** Ansprechpartnerin  
**Titel, Vorname, Name:** Sekretariat: Brigitte Flach  
**Telefon:** 0 61 51/4 03 – 20 01  
**Fax:** 0 61 51/4 03 – 20 09  
**E-Mail:** [Flach.Britgitte@eke-da.de](mailto:Flach.Britgitte@eke-da.de)

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Landgraf-Georg-Straße 100	64287 Darmstadt	<a href="http://www.agaplesion-elisabethenstift.de">http://www.agaplesion-elisabethenstift.de</a>

---

Leitender Oberarzt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Krauß Michael

**Telefon:** 0 61 51/4 03 – 20 01

**Fax:** 0 61 51/4 03 – 20 09

E-Mail: [Krauss.Michael@eke-da.de](mailto:Krauss.Michael@eke-da.de)

Oberärztin Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Dr. med. Sybille Zimmer

E-Mail: [Zimmer.Sybille@eke-da.de](mailto:Zimmer.Sybille@eke-da.de)

Oberärztin Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Dr. med. Eva Hofmann

E-Mail: [Hofmann.Eva@eke-da.de](mailto:Hofmann.Eva@eke-da.de)

## B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja



Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	Kommentar
VC24	Tumorchirurgie	Sämtliche Tumoren des Bauchraumes und der Schilddrüse werden operiert. Die weitere Tumorbehandlung erfolgt innerhalb des Magen-Darm-Zentrums in Kooperation mit der Klinik für Innere Medizin und niedergelassenen Onkologen.
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	Behandlung von Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes erfolgt innerhalb des Gastrozentrums in Kooperation mit der Inneren Abteilung. So werden sämtliche Eingriffe bei gastrointestinalen Erkrankungen einschließlich Tumorerkrankungen der Bauchspeicheldrüse, der Gallenblase & der Gallenwege durchgeführt.
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	Auch die Magen-Darm-Chirurgie erfolgt innerhalb des Gastrozentrums in Kooperation mit der Klinik für Innere Medizin. So werden insbesondere auch Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen behandelt.
VC21	Endokrine Chirurgie	Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie. Hier werden sämtlich Eingriffe an der Schilddrüse und Nebenschilddrüse durchgeführt. Standard ist das intraop. Neuromonitoring. Auch minimal-invasive Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenresektionen werden im großen Umfang durchgeführt.
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	S. minimal-invasive laparoskopische Operationen.
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Durchgeführt werden u.a. minimal-invasive Operationen bei Leistenhernien, bei Narbenhernien, bei Schilddrüsen- sowie Nebenschilddrüsenoperationen sowie minimal-invasive laparoskopische Operationen.
VC06	Defibrillatoreingriffe	In Kooperation mit der Klinik für Innere Medizin.
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	Kommentar
VC05	Schrittmachereingriffe	In Kooperation mit der Klinik für Innere Medizin.
VC58	Spezialsprechstunde	Schilddrüsenprechstunde, Herniensprechstunde, Sprechstunde Darmzentrum, Privatsprechstunde.
VC20	Nierenchirurgie	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	Betreuung der allgemeinchirurgischen Patienten auf der interdisziplinären Intensivstation.
VC61	Dialyseshuntchirurgie	Sämtliche Shuntoperationen einschließlich der Prothesenshunts und auch der Einlage von Dialysekathetern (Demerskatheter) werden durchgeführt.
VC62	Portimplantation	Zur Vorbereitung der adjuvanten oder neoadjuvanten Chemotherapie.
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	Die Eingriffe erfolgen in Kooperation mit einem plastischen Chirurgen im Ärztehaus am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS innerhalb der Allgemeinchirurgischen Abteilung (z.B. Mammoplastiken).
VI42	Transfusionsmedizin	Dies wird in Kooperation mit dem Zentrum für Anästhesie OP und Schmerztherapie angeboten. Weitere Informationen sind bei dieser Abteilung dargestellt.

### B-3.5 Fallzahlen - Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1603
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

An dieser Stelle können Sie sich einen Eindruck über die behandelten Erkrankungen bilden. Zu beachten ist hierbei, dass in der ersten Tabelle nur Hauptdiagnosen genannt werden, d.h. Begleiterkrankungen,

die gleichzeitig behandelt werden, finden in dieser Tabelle keine Darstellung. Daher übersteigen die tatsächlichen Behandlungszahlen die hier angegebenen.

### *B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD*

<b>Rang</b>	<b>ICD-10</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	K80	236	Gallensteinleiden
2	K40	126	Leistenbruch (Hernie)
3	E04	123	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse
4	K57	117	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
5	K35	89	Akute Blinddarmentzündung
6	K43	58	Bauchwandbruch (Hernie)
7	K59	54	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall
8	K64	54	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
9	C18	50	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
10	R10	47	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
11	L02	39	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen
12	K61	34	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters
13	C20	33	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
14	K56	31	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
15	K60	30	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms

## **B-3.7** Durchgeführte Prozeduren nach OPS

An dieser Stelle werden Prozeduren bzw. Operationen der Fachabteilung dargestellt.

### *B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

<b>Rang</b>	<b>OPS-301</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	5-511	266	Cholezystektomie
2	5-932	232	Art des verwendeten Materials für Gewebersatz und Gewebeverstärkung
3	5-469	221	Andere Operationen am Darm
4	5-069	186	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen
5	5-98c	165	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme
6	8-930	144	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
7	5-530	135	Verschluss einer Hernia inguinalis
8	5-455	126	Partielle Resektion des Dickdarmes
9	1-653	110	Diagnostische Proktoskopie
10	8-831	110	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
11	5-061	99	Hemithyreoidektomie
12	5-493	96	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
13	5-470	92	Appendektomie
14	8-980	92	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
15	5-063	73	Thyreoidektomie



### B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#### Notaufnahme am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS

<b>Ambulanzart</b>	Notfallambulanz (24h) (AM08)
<b>Kommentar</b>	Es besteht eine Notfallambulanz, die 24 Stunden besetzt ist. Hierüber können Patienten mit allgemein- und bauchchirurgischen Erkrankungen diagnostiziert und auch behandelt werden.

#### Vor- und nachstationäre Sprechstunden

<b>Ambulanzart</b>	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
<b>Kommentar</b>	Hierzu gehören insbesondere die Durchführung von Koloskopien des Dickdarmes. Weiterhin werden Patienten prä- und poststationär nach bei uns durchgeführten Eingriffen ambulant in Spezialsprechstunden weiter betreut. Hierzu zählen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Darmsprechstunde</li> <li>- Herniensprechstunde</li> <li>- Schilddrüsenprechstunde.</li> </ul>

#### Chefarztsprechstunde

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
--------------------	-----------------------

#### AGAPLESION ELISABETHENSTIFT MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM - Zentrum für Enddarm-Leiden

<b>Ambulanzart</b>	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (AM10)
<b>Kommentar</b>	Es besteht eine enge Kooperation mit dem medizinischen Versorgungszentrum, das vom AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH getragen wird.

### B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-399	53	Anderer Operationen an Blutgefäßen
2	5-493	8	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
3	5-530	6	Verschluss einer Hernia inguinalis
4	5-534	6	Verschluss einer Hernia umbilicalis
5	5-897	4	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis
6	1-502	< 4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision
7	1-694	< 4	Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)
8	5-349	< 4	Anderer Operationen am Thorax
9	5-452	< 4	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
10	5-492	< 4	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals
11	5-535	< 4	Verschluss einer Hernia epigastrica

### B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

**Zulassung vorhanden**

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden      Nein

### B-3.11 Personelle Ausstattung

#### B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.**

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

**Anzahl Vollkräfte:** 8,59

**Kommentar:** Es besteht eine Weiterbildungsermächtigung zum Facharzt "Allgemeine Chirurgie" über sechs Jahre (zusammen mit der Klinik für Orthopädie) sowie eine zum Facharzt "Viszeralchirurgie" über zwei Jahre.

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,47	
Ambulant	1,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,59	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 214,5917

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

**Anzahl Vollkräfte:** 3,94

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,43	
Ambulant	0,51	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,94	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 467,34694

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie
ZF28	Notfallmedizin
ZF34	Proktologie
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

#### *B-3.11.2 Pflegepersonal*

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.**

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 11,45

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,96	
Ambulant	1,49	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,45	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 160,94378

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahr

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,7

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,48	
Ambulant	0,22	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,7	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1083,10811

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,75

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,52	
Ambulant	0,23	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,75	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 1054,60526

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

## Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP15	Stomamanagement	Speziell für die Stomapflege qualifizierte Fachkräfte sind im Haus stationsübergreifend tätig.
ZP16	Wundmanagement	
ZP08	Kinästhetik	

## B-4 Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

### B-4.1 Allgemeine Angaben Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

In der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie basiert die Behandlung auf einem ganzheitlichen Ansatz und wird in enger Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Therapeuten durchgeführt. Je nach Art und Stadium der psychischen Störung stehen medikamentöse, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsmaßnahmen im Vordergrund; Bewegungs-, Kunst und Beschäftigungstherapie werden einbezogen. Grundlage der Behandlung ist eine sorgfältige Diagnostik, die von den Symptomen und Beschwerden des Patienten ausgeht und gegebenenfalls durch Informationen aus dem Umfeld sowie Laboruntersuchungen, EEG, bildgebender und psychologischer Diagnostik ergänzt wird.

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	2900
<b>Art</b>	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefarzt/-Ärzte

**Funktion:** Chefarzt (seit 01.11.2019)  
**Titel, Vorname, Name:** Prof. Dr. med. Andreas Fellgiebel  
**Telefon:** 06151/403 – 4001  
**Fax:** 06151/403 – 4009  
**E-Mail:** [Fellgiebel.Andreas@eke-da.de](mailto:Fellgiebel.Andreas@eke-da.de)

**Funktion:** Ansprechpartnerin  
**Titel, Vorname, Name:** Sekretariat: Marita Schönemann  
**Telefon:** 06151/403 – 4001  
**Fax:** 06151/403 – 4009  
**E-Mail:** [psych-sekretariat@eke-da.de](mailto:psych-sekretariat@eke-da.de)

## Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Landgraf-Georg-Straße 100	64287 Darmstadt	<a href="http://www.agaplesion-elisabethenstift.de">http://www.agaplesion-elisabethenstift.de</a>

Leitender Oberarzt Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
 Privatdozent Dr. med. habil. André Tadic  
 Tel.: 06151 / 4 03 - 40 02  
 Fax: 06151 / 4 03 - 40 09  
 E-Mail: [tadic.andre@eke-da.de](mailto:tadic.andre@eke-da.de)

Gerontopsychiatrische Tagesklinik:  
 Oberarzt: Christoph Schindlmayr  
 E-Mail: [schindlmayr.christoph@eke-da.de](mailto:schindlmayr.christoph@eke-da.de)  
 Tel.: 06151 / 4 03 - 43 00  
 E-Mail: [GerPsychTK@eke-da.de](mailto:GerPsychTK@eke-da.de)

Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik:  
 Ärztlicher Leiter  
 Alexander Goncharov  
 Tel.: 06151 / 4 03 - 48 00  
 Fax: 06151 / 4 03 - 48 09  
 E-Mail: [Goncharov.Alexander@eke-da.de](mailto:Goncharov.Alexander@eke-da.de)

Psychiatrische Institutsambulanz:  
 Oberärztin  
 Dr. med. Andrea Steffen  
 Tel.: 06151 / 4 03 - 46 01  
 E-Mail: [SteffenAndrea@eke-da.de](mailto:SteffenAndrea@eke-da.de)

## B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

### B-4.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

### B-4.5 Fallzahlen Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1188
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

#### B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F10	378	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
2	F20	157	Schizophrenie
3	F32	114	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
4	F33	108	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
5	F43	75	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
6	F31	46	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit
7	F12	44	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana
8	F25	35	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung
9	F60	31	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung
10	F41	20	Sonstige Angststörung
11	F61	20	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens
12	F23	18	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust
13	F06	17	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
14	F05	16	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt
15	G30	16	Alzheimer-Krankheit

## B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-649	8203	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
2	9-984	3361	Pflegebedürftigkeit
3	9-607	1402	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
4	9-618	1051	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen
5	9-980	1034	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie
6	9-401	1028	Psychosoziale Interventionen
7	9-617	962	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal
8	9-981	606	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke
9	9-619	480	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen
10	9-982	340	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie
11	9-626	177	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
12	8-630	151	Elektrokonvulsionstherapie [EKT]
13	9-61a	135	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen
14	1-207	108	Elektroenzephalographie (EEG)
15	9-647	22	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen

## B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### AGAPLESION ELISABETHENSTIFT MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM - Neuro-Psychiatrische Praxis

<b>Ambulanzart</b>	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (AM10)
<b>Kommentar</b>	Das Medizinische Versorgungszentrum als Tochterunternehmen der AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gGmbH ist mit dem Neurologischen und Psychiatrischen Schwerpunkt Kooperationspartner.

### Chefarztambulanz

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
--------------------	-----------------------

### Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

<b>Ambulanzart</b>	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (AM02)
--------------------	--

## B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.



## B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

### Zulassung vorhanden

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

## B-4.11 Personelle Ausstattung

### B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.**

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

**Anzahl Vollkräfte:** 18,2

**Kommentar:** Es besteht eine Weiterbildungsermächtigung im Gebiet "Psychiatrie und Psychotherapie" über 4 Jahre, d.h. über den gesamten Zeitraum.

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	15,47	
Ambulant	2,73	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	18,2	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 76,79379

#### **Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte:** 6,59

**Kommentar:** Alle Ärzte der Klinik für Psychiatrie, d. h. auch die der Tageskliniken, gehören organisatorisch der Klinik an. Für die Darstellung erfolgt eine Aufteilung nach stationärem u. tagesklinischem Bereich.

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,6	
Ambulant	0,99	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,59	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 212,14286

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ42	Neurologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –

#### B-4.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.**

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 61,23

**Kommentar:** Organisatorisch sind die Pflegekräfte der Klinik für Psychiatrie zugeordnet, so dass hier gegenseitige Vertretungen mit den Tageskliniken der Klinik für Psychiatrie möglich sind.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	52,05	
Ambulant	9,18	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	61,23	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 22,82421

**Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:**

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 1 Jahr

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 2,2

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,87	
Ambulant	0,33	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,2	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 635,29412

### Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** ab 200 Std. Basiskurs

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 4,41

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,75	
Ambulant	0,66	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,41	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 316,8

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	Jede Station wird von einer weitergebildeten Stationsleitung geleitet.
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
PQ02	Diplom	
PQ20	Praxisanleitung	

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik
ZP24	Deeskalationstraining

#### *B-4.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

**Anzahl Vollkräfte:** 4,45

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,78	
Ambulant	0,67	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,45	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 314,28571

**Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,42

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,21	
Ambulant	0,21	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,42	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 981,81818

**Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)**

**Anzahl Vollkräfte:** 6,83

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,81	
Ambulant	1,02	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,83	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 204,47504

**Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten**

**Anzahl Vollkräfte:** 5,33

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,53	
Ambulant	0,8	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,33	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 262,25166

**Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten**

**Anzahl Vollkräfte:** 2

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,7	
Ambulant	0,3	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 698,82353

**Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen**

**Anzahl Personen:** 4,99

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,24	
Ambulant	0,75	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,99	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 280,18868

## B-5 Psychiatrische Tagesklinik

### B-5.1 Allgemeine Angaben Psychiatrische Tagesklinik

Die Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie umfasst 20 Behandlungsplätze für Patienten mit seelischen Erkrankungen im Alter von 18 bis ca. 55 Jahren, für die eine ambulante Behandlung nicht ausreicht, die aber nachts und am Wochenende kein Krankenhaus benötigen. Steht eine Suchtproblematik im Vordergrund, ist eine Aufnahme in diese Tagesklinik nicht möglich. Die teilstationäre Behandlung findet von Montag bis Freitag zwischen 8:00 und 16:15 Uhr statt. Außerhalb dieser Zeiten steht im Notfall die Ambulanz zur Verfügung. Üblicherweise dauert die Therapie einige Wochen bis wenige Monate. Neben der Behandlung der Krankheitssymptome (z. B. durch Medikamente) will die Tagesklinik vor allem mit soziotherapeutischer Betreuung bei der Rückkehr ins Alltagsleben (Schule, Ausbildung, Beruf, Familie, Freundeskreis usw.) helfen und damit Rückfällen vorbeugen. Bei der Psychotherapie kommen verschiedene Verfahren zur Anwendung. Angehörige können durch Familien- und Paargespräche sowie durch die Angehörigengruppe in den Behandlungsprozess einbezogen werden. Ergotherapie, Bewegungsangebote, Entspannungstherapie, Informationsvermittlung zur Krankheitsbewältigung und Training von Alltagskompetenzen gehören zum Therapieangebot, das von einem erfahrenen Team durchgeführt wird. In diesem Team arbeiten mehrere Berufsgruppen eng zusammen. Die meisten Therapien werden in Gruppen von zehn Patienten durchgeführt, um soziale Kompetenzen zu verbessern und einzuüben.

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Psychiatrische Tagesklinik
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	2960
<b>Art</b>	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefarzt/-Ärzte

**Funktion:** Chefarzt (seit 01.11.2019)  
**Titel, Vorname, Name:** Prof. Dr. med. Andreas Fellgiebel  
**Telefon:** 06151/403 – 4001  
**Fax:** 06151/403 – 4009  
**E-Mail:** [Fellgiebel.Andreas@eke-da.de](mailto:Fellgiebel.Andreas@eke-da.de)

**Funktion:** Ansprechpartnerin  
**Titel, Vorname, Name:** Sekretariat: Marita Schönemann  
**Telefon:** 06151/403 – 4001  
**Fax:** 06151/403 – 4009  
**E-Mail:** [psych-sekretariat@eke-da.de](mailto:psych-sekretariat@eke-da.de)

Oberarzt  
 Alexander Goncharov (Funktionsoberarzt)  
 E-Mail: [Goncharov.Alexander@eke-da.de](mailto:Goncharov.Alexander@eke-da.de)

### B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

<b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b>	Ja
-----------------------------------	----

### B-5.3 Medizinische Leistungsangebote Psychiatrische Tagesklinik

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Psychiatrische Tagesklinik
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

### B-5.5 Fallzahlen Psychiatrische Tagesklinik

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	266

### B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

### B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-649	2136	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
2	9-980	224	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie
3	9-607	216	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
4	9-626	27	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
5	9-981	8	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke
6	9-984	5	Pflegebedürftigkeit

### B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Da es sich um eine Abteilung der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie handelt, bestehen die gleichen Ambulanzen, die bei der Klinik bereits genannt wurden.

### B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

### B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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



## B-5.11 Personelle Ausstattung

### B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.**

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

**Anzahl Vollkräfte:** 1,25

**Kommentar:** Alle Ärzte der Klinik für Psychiatrie, d. h. auch die der Tageskliniken, gehören organisatorisch der Klinik an. Für die Darstellung erfolgt eine Aufteilung nach stationären u. tagesklinischen Bereich.

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,25	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

#### **Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte:** 0,6

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,6	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –

#### B-5.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.**

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,75

**Kommentar:** Organisatorisch sind die Pflegekräfte der Klinik für Psychiatrie zugeordnet, so dass hier gegenseitige Vertretungen möglich sind.

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,75	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:**

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ20	Praxisanleitung
PQ13	Hygienefachkraft

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik

### *B-5.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

#### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

**Anzahl Vollkräfte:** 7,43

**Kommentar:** Die Mitarbeiter der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie werden bei Bedarf auch in der Psychiatrischen Tagesklinik eingesetzt.

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,32	
Ambulant	1,11	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,43	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

#### Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

**Anzahl Vollkräfte:** 0

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:**

**Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)**

**Anzahl Vollkräfte:** 4,77

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,05	
Ambulant	0,72	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,77	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

**Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten**

**Anzahl Vollkräfte:** 6,31

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,36	
Ambulant	0,95	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,31	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

**Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen**

Anzahl Personen: 5,22

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,44	
Ambulant	0,78	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,22	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

## B-6 Gerontopsychiatrische Tagesklinik

### B-6.1 Allgemeine Angaben Gerontopsychiatrische Tagesklinik

Die Gerontopsychiatrische Tagesklinik mit zwölf Behandlungsplätzen steht Menschen mit unterschiedlichen psychischen Störungen ab dem 50. Lebensjahr zur Verfügung. Die Patienten können nachts und am Wochenende in ihrem eigenen häuslichen Umfeld bleiben, sind somit sozial integriert und können tagsüber das vielfältige und intensive Therapieprogramm der Tagesklinik nutzen. Die Diagnostik und Therapie von depressiven Störungen im höheren Alter bildet einen wichtigen Behandlungsschwerpunkt in der Tagesklinik. Es werden aber auch Patienten mit lebensbiographischen Belastungen, leichten Hirnleistungsstörungen, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen behandelt. Da ältere Patienten häufig neben den psychischen auch unter internistischen und neurologischen Erkrankungen leiden, werden diese fachärztlich mitbehandelt. Ein spezieller Fahrdienst ermöglicht auch solchen Patienten den Besuch der Tagesklinik, die für die An- und Abfahrt keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen

können. Die Kosten hierfür werden in der Regel von der Krankenkasse übernommen. Bei der Organisation des Fahrdienstes ist das Team der Tagesklinik gern behilflich.

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Gerontopsychiatrische Tagesklinik
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	2951
<b>Art</b>	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefarzt/-Ärzte

<b>Funktion:</b>	Chefarzt (seit 01.11.2019)
<b>Titel, Vorname, Name:</b>	Prof. Dr. med. Andreas Fellgiebel
<b>Telefon:</b>	06151/403 – 4001
<b>Fax:</b>	06151/403 – 4009
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:Fellgiebel.Andreas@eke-da.de">Fellgiebel.Andreas@eke-da.de</a>

<b>Funktion:</b>	Ansprechpartnerin
<b>Titel, Vorname, Name:</b>	Sekretariat: Marita Schönemann
<b>Telefon:</b>	06151/403 – 4001
<b>Fax:</b>	06151/403 – 4009
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:psych-sekretariat@eke-da.de">psych-sekretariat@eke-da.de</a>

Oberarzt  
Christoph Schindlmayr  
E-Mail: [Schindlmayr.Christoph@eke-da.de](mailto:Schindlmayr.Christoph@eke-da.de)

## B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

<b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b>	Ja
-----------------------------------	----

## B-6.3 Medizinische Leistungsangebote Gerontopsychiatrische Tagesklinik

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Gerontopsychiatrische Tagesklinik
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen

## B-6.5 Fallzahlen Gerontopsychiatrische Tagesklinik

#### Fallzahlen

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	0
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	105

## B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

## **B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Da die Darstellung von Prozeduren auf den somatischen Bereich ausgerichtet ist, werden für die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie die Prozeduren nicht dargestellt. Die Unterkapitel sind im Bericht enthalten, um eine Vergleichbarkeit der Kapitel zu unterstützen.

### *B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-649	1003	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
2	9-982	76	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie
3	9-607	74	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
4	9-984	26	Pflegebedürftigkeit
5	6-006	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 6

### *BB-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten*

Trifft nicht zu.

## **B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu.

## **B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

<b>Zulassung vorhanden</b>	
Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein

## **B-6.11 Personelle Ausstattung**

### *B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte*

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.**

### **Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte:** 1,75

**Kommentar:** Alle Ärzte der Klinik für Psychiatrie, d. h. auch die der Tageskliniken, gehören organisatorisch der Klinik an, sind aber für die Darstellung in diesem Qualitätsbericht aufgeteilt nach stationärem und tagesklinischem Bereich.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,75	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0**

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**  
**Anzahl Vollkräfte: 1**

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0**

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

#### *B-6.11.2 Pflegepersonal*

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.**



### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 2,15

**Kommentar:** Organisatorisch sind die Pflegekräfte der Klinik für Psychiatrie zugeordnet, so dass hier gegenseitige Vertretungen möglich sind.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,15	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,15	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ20	Praxisanleitung
PQ13	Hygienefachkraft

### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik

### *B-6.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

### Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

**Anzahl Vollkräfte:** 0,35

**Kommentar:** Die Mitarbeiter der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie werden bei Bedarf auch in der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik eingesetzt.

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,35	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
--------------------------	-------------------	-----------

Direkt	0,35	
--------	------	--

Nicht Direkt	0	
--------------	---	--

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

**Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten**

Anzahl Vollkräfte: 0,5

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
-----------------	-------------------	-----------

Stationär	0,5	
-----------	-----	--

Ambulant	0	
----------	---	--

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
--------------------------	-------------------	-----------

Direkt	0,5	
--------	-----	--

Nicht Direkt	0	
--------------	---	--

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

**Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten**

Anzahl Vollkräfte: 0,2

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
-----------------	-------------------	-----------

Stationär	0,2	
-----------	-----	--

Ambulant	0	
----------	---	--

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
--------------------------	-------------------	-----------

Direkt	0,2	
--------	-----	--

Nicht Direkt	0	
--------------	---	--

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

**Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen**

Anzahl Personen: 0,5

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

## B-7 Klinik für Geriatrische Medizin

### B-7.1 Allgemeine Angaben Klinik für Geriatrische Medizin

Das Behandlungskonzept der Klinik für Geriatrische Medizin ist ausgerichtet auf die Besonderheiten von Krankheit im Alter und den speziellen Versorgungsbedarf alter Menschen. Die vielfältigen Ausprägungen und die Komplexität von Krankheit im Alter machen eine spezielle geriatrische Diagnostik und Therapie sowie Möglichkeiten zur Früh- und Langzeit-Rehabilitation erforderlich.

Dabei liegen Schwerpunkte in einer aktivierend-therapeutischen Pflege und in physio- und ergotherapeutischen Maßnahmen. Behandlungsziel ist es, alten Menschen wieder zu weitgehender Selbstständigkeit und Lebenszufriedenheit zu verhelfen und die Wiedereingliederung in die häusliche Umgebung zu ermöglichen. Lebensqualität und Lebenszufriedenheit sollen erhalten und verbessert werden. Bei allen diagnostischen und therapeutischen Überlegungen stehen daher die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten im Vordergrund.

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Klinik für Geriatrische Medizin
Fachabteilungsschlüssel	0200
Art	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefarzt/-Ärzte

<b>Funktion:</b>	Chefarzt
<b>Titel, Vorname, Name:</b>	PD Dr. med. Mathias Pfisterer
<b>Telefon:</b>	06151/403 – 3001
<b>Fax:</b>	06151/403 – 3009
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:Mathias.Pfisterer@eke-da.de">Pfisterer.Mathias@eke-da.de</a>

**Funktion:** Ansprechpartnerin  
**Titel, Vorname, Name:** Sekretariat: Gabriele Failer  
**Telefon:** 06151/403 – 3001  
**Fax:** 06151/403 – 3009  
**E-Mail:** [Failer.Gabi@eke-da.de](mailto:Failer.Gabi@eke-da.de)

### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Landgraf-Georg Straße 100	64287 Darmstadt	<a href="http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/">http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/</a>

Leitende Oberärztin Klinik für Geriatrische Medizin  
 Dr. med. Simone Bergfeld  
 (Innere Medizin, Geriatrie)  
 E-Mail: [simone.bergfeld@eke-da.de](mailto:simone.bergfeld@eke-da.de)

Oberärztin Klinik für Geriatrische Medizin  
 Kathrin Schmotz-Kühn  
 (Innere Medizin, Geriatrie, Palliativmedizin)  
 E-Mail: [schmotz-kuehn.kathrin@eke-da.de](mailto:schmotz-kuehn.kathrin@eke-da.de)

Oberärztin Klinik für Geriatrische Medizin  
 Dr. med. Dana Razus  
 (Innere Medizin, Geriatrie, Palliativmedizin)  
 E-Mail: [razus.dana@eke-da.de](mailto:razus.dana@eke-da.de)

Oberarzt Klinik für Geriatrische Medizin  
 PD Dr. med. Philipp Bahrmann  
 (Innere Medizin, Geriatrie, Palliativmedizin)  
 E-Mail: [bahrmann.philipp@eke-da.de](mailto:bahrmann.philipp@eke-da.de)

## B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

### B-7.3 Medizinische Leistungsangebote Klinik für Geriatrische Medizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Geriatrische Medizin	Kommentar
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI42	Transfusionsmedizin	Dies wird in Kooperation mit dem Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie angeboten. Weitere Informationen sind bei dieser Abteilung dargestellt.
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VX00	Diagnostik und Therapie bei multimorbiden hochaltrigen Patienten	Mit Schlaganfall nach Sturz, Immobilisationssyndrom, Frakturen der unteren Extremitäten, Parkinson, Herzinsuffizienz und Demenz.
VX00	Geriatrische Stroke Unit	
VX00	Diagnostik und Therapie der Demenzkrankheit	

### B-7.5 Fallzahlen Klinik für Geriatrische Medizin

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	1466
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

## **B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

### *B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD*

<b>Rang</b>	<b>ICD-10</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	S72	392	Knochenbruch des Oberschenkels
2	S32	143	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
3	M80	55	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose
4	I50	54	Herzschwäche
5	J18	44	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
6	R26	42	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit
7	S22	41	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
8	M16	39	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
9	S42	29	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
10	M17	27	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
11	T84	23	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
12	N39	22	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
13	I63	21	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
14	J44	20	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
15	C18	19	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)

*B-7.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

**B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

*B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-550	1355	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
2	9-200	150	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
3	1-771	113	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)
4	8-800	44	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
5	8-98g	34	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
6	8-987	18	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
7	8-121	11	Darmspülung
8	8-132	9	Manipulationen an der Harnblase
9	5-452	7	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
10	1-206	6	Neurographie
11	1-204	5	Untersuchung des Liquorsystems
12	1-205	4	Elektromyographie (EMG)
13	5-431	4	Gastrostomie
14	8-559	4	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation
15	1-20a	< 4	Andere neurophysiologische Untersuchungen

*B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

**B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

**Geriatrische Privatambulanz mit Gedächtnisambulanz (Memory Clinic)**

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

**B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu.

**B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

**Zulassung vorhanden**

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

Stationäre BG-Zulassung vorhanden Nein

## B-7.11 Personelle Ausstattung

### B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.**

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

**Anzahl Vollkräfte:** 13,31

**Kommentar:** Es besteht eine Weiterbildungsermächtigung für "Innere Medizin und Allgemeinmedizin" über zwölf Monate sowie in der Zusatzbezeichnung "Geriatric des Gebiets Innere Medizin" über 18 Monate (volle Weiterbildungsermächtigung).

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,18	
Ambulant	0,13	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,31	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 111,22914

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

**Anzahl Vollkräfte:** 5,37

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,32	
Ambulant	0,05	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,37	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 275,56391



### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF07	Diabetologie
ZF09	Geriatric
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie

#### B-7.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.**

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 39,79

**Kommentar:** Um das geriatrische Konzept umsetzen zu können, wird für einfache unterstützende Tätigkeiten gut angeleitetes Hilfspersonal eingesetzt, z. B. Stationssekretärin.

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	39,39	
Ambulant	0,4	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	39,79	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 37,21757

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:**

**Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 2 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:**

**Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 7,77

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,69	
Ambulant	0,08	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,77	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 190,63719

**Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** ab 200 Std. Basiskurs

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 6,96

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,89	
Ambulant	0,07	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,96	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 212,77213

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 2,75

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,72	
Ambulant	0,03	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,75	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 538,97059

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ20	Praxisanleitung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ13	Hygienefachkraft

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP02	Bobath	
ZP07	Geriatric	
ZP16	Wundmanagement	
ZP15	Stomamanagement	Speziell für die Stomapflege qualifizierte Fachkräfte sind im Haus stationsübergreifend tätig.
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP08	Kinästhetik	

## B-8 Geriatrische Tagesklinik

### B-8.1 Allgemeine Angaben Geriatrische Tagesklinik

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Geriatrische Tagesklinik
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	0260
<b>Art</b>	Hauptabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefarzt/-Ärzte

<b>Funktion:</b>	Chefarzt
<b>Titel, Vorname, Name:</b>	PD Dr. med. Mathias Pfisterer
<b>Telefon:</b>	06151/403 – 3001
<b>Fax:</b>	06151/403 – 3009
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:Pfisterer.Mathias@eke-da.de">Pfisterer.Mathias@eke-da.de</a>

<b>Funktion:</b>	Ansprechpartnerin
<b>Titel, Vorname, Name:</b>	Sekretariat: Gabriele Failer
<b>Telefon:</b>	06151/403 – 3001
<b>Fax:</b>	06151/403 – 3009
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:Failer.Gabi@eke-da.de">Failer.Gabi@eke-da.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Landgraf-Georg Straße 100	64287 Darmstadt	<a href="http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/">http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/</a>

### B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

<b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b>	Ja
-----------------------------------	----

### B-8.3 Medizinische Leistungsangebote Geriatrische Tagesklinik

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Geriatrische Tagesklinik	Kommentar
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VX00	Diagnostik und Therapie bei mulitmorbidem hochaltrigen Patienten	Mit Schlaganfall nach Sturz, Immobilisationssyndrom, Frakturen der unteren Extremitäten, Parkinson, Herzinsuffizienz und Demenz.

## B-8.5 Fallzahlen Geriatrische Tagesklinik

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	429

## B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

## B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

### B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-98a	4962	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung
2	9-984	190	Pflegebedürftigkeit
3	1-204	< 4	Untersuchung des Liquorsystems
4	1-205	< 4	Elektromyographie (EMG)
5	1-661	< 4	Diagnostische Urethrozystoskopie
6	1-715	< 4	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt
7	3-05a	< 4	Endosonographie des Retroperitonealraumes
8	3-05c	< 4	Endosonographie der männlichen Geschlechtsorgane
9	8-800	< 4	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat

## B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

## B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

## B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-8.11 Personelle Ausstattung

### B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.**

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 1

**Kommentar:** Es besteht eine Weiterbildungsermächtigung für "Innere Medizin und Allgemeinmedizin" über zwölf Monate sowie in der Zusatzbezeichnung "Geriatric des Gebiets Innere Medizin" über achtzehn Monate (volle Weiterbildungsermächtigung).

**Personal aufgeteilt nach**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

**Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften**

**Anzahl Vollkräfte:** 1

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

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

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF09	Geriatric
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie
ZF15	Intensivmedizin

### *B-8.11.2 Pflegepersonal*

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.**

#### **Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 2,5

**Kommentar:** Organisatorisch sind die Pflegekräfte der Klinik für Geriatrische Medizin zugeordnet, so dass hier gegenseitige Vertretungen möglich sind.

#### **Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,5	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ13	Hygienefachkraft

#### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation**

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP07	Geriatric
ZP08	Kinästhetik

### *B-8.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

**Psychiatrische Fachabteilung:** Nein



## B-9 Zentrum für Palliativmedizin/ Besondere Einrichtung

### B-9.1 Allgemeine Angaben - Zentrum für Palliativmedizin/ Besondere Einrichtung

Das Wort Palliativmedizin hat seinen Ursprung im Lateinischen: "pallium" heißt "Mantel" und wie ein auf die Körpergröße zugeschnittener Mantel sollen alle Maßnahmen der Palliativmedizin den Schwerkranken schützend umhüllen.

Die Palliativmedizin wendet sich an schwerkranke Patienten und Sterbende, schafft eine Perspektive in der noch verbleibenden Lebenszeit und ist aktive Lebenshilfe. Mitberücksichtigt wird die Familie des Patienten. Leiden wird gelindert, Schmerzen und andere Probleme physischer, psychosozialer und spiritueller Natur werden behandelt. Nicht die Verlängerung der Überlebenszeit um jeden Preis, sondern die Lebensqualität, also die Wünsche, Ziele und das Befinden des Patienten stehen im Vordergrund der Behandlung.

Angesichts des zunehmenden Hinterfragens der Möglichkeiten und Grenzen unserer technischen Medizin erfährt die Palliativmedizin besondere Aufmerksamkeit. Palliativmedizin bedeutet eine andere Form der Medizin mit folgenden Schwerpunkten:

- Individualisierte Therapie nach vorheriger Abklärung der wesentlichen Bedürfnisse in der vorliegenden Lebensphase
- Betreuung unheilbar Erkrankter am Lebensende unter Einbeziehung ihrer Angehörigen
- Adäquate Schmerztherapie
- Spirituelle Begleitung
- Unterstützung bei schwierigen medizinischen und ethischen Entscheidungen
- Interdisziplinärer Ansatz
- Integration kreativer Therapieansätze wie entspannende, angstlösende Behandlung.

Das multiprofessionelle Team der Palliativmedizin besteht aus Mitarbeitern verschiedener Professionen wie Medizin, Pflege, Seelsorge, Sozialarbeit, Psychologie, Logopädie, Physiotherapie, Musiktherapie und Kunsttherapie. Darüber hinaus besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem ambulanten Hospiz- und Palliativverein Darmstadt.

Unser Zentrum für Palliativmedizin besteht aus der räumlich und organisatorisch eigenständigen Palliativstation, dem ambulanten Palliativteam und PaNDA (PalliativNetzDarmstadt). Die Palliativstation befindet sich in einem eigens gestalteten Bereich. Die ruhigen Ein- und Zweibettzimmer sind in ansprechender Form eingerichtet; in unmittelbarer Nähe lädt ein Gemeinschafts- und Ruheraum zum Entspannen, Lesen, Reden oder Musikhören ein. Das ambulante Palliativteam sorgt in Kooperation mit Hausärzten und ambulanten Pflegediensten dafür, dass Schwerstkranke und Sterbende in besonderen Fällen zu Hause oder in Pflegeheimen rund um die Uhr eine spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung in Anspruch nehmen können - auch im Not- und Bereitschaftsdienst - und damit im gewohnten häuslichen Umfeld bleiben können.

Auf Grund der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist es insbesondere für die Versorgung Sterbender zwingend erforderlich, dass alle Beteiligten eng und ohne Zeit- und Reibungsverluste zusammenarbeiten. In der schwierigsten Zeit im Leben eines Menschen müssen die Versorgungsgrenzen überwunden, Kompetenzen gebündelt und Auf Grund der unterschiedlichen Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist es insbesondere für die Versorgung Sterbender zwingend erforderlich, dass alle Beteiligten eng und ohne Zeit- und Reibungsverluste zusammenarbeiten. In der schwierigsten Zeit im Leben eines Menschen müssen die Versorgungsgrenzen überwunden, Kompetenzen gebündelt und Kooperationen zwischen allen beteiligten Berufsgruppen erzielt werden. PaNDA (PalliativNetzDarmstadt) hat zum Ziel durch ein Netzwerk

die Betreuung und Versorgung von Schwerstkranken im häuslichen Umfeld bezogen auf die allgemeine ambulante Palliativversorgung zu unterstützen.

Des Weiteren besteht eine enge Kooperation mit den Hospiz- und Palliativvereinen der Region.

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Zentrum für Palliativmedizin/ Besondere Einrichtung
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	3700 3752 3753
<b>Art</b>	Hauptabteilung

#### Chefarzt/-Ärzte

**Funktion:** Chefarzt  
**Titel, Vorname, Name:** PD Dr. med. Mathias Pfisterer  
**Telefon:** 06151/403 – 3001  
**Fax:** 06151/403 – 3009  
**E-Mail:** [Pfisterer.Mathias@eke-da.de](mailto:Pfisterer.Mathias@eke-da.de)

**Funktion:** Ansprechpartnerin  
**Titel, Vorname, Name:** Sekretariat: Gabriele Failer  
**Telefon:** 06151/403 – 3001  
**Fax:** 06151/403 – 3009  
**E-Mail:** [Failer.Gabi@eke-da.de](mailto:Failer.Gabi@eke-da.de)

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Landgraf-Georg Straße 100	64287 Darmstadt	<a href="http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/">http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/</a>

## B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

**Zielvereinbarung gemäß DKG** Ja

### B-9.3 Medizinische Leistungsangebote - Zentrum für Palliativmedizin/ Besondere Einrichtung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Zentrum für Palliativmedizin/ Besondere Einrichtung	Kommentar
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI42	Transfusionsmedizin	Dies wird in Kooperation mit dem Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie angeboten. Weiterführende Informationen sind bei dieser Abteilung (s. Kapitel B-10) dargestellt.

### B-9.5 Fallzahlen - Zentrum für Palliativmedizin/ Besondere Einrichtung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	187
Teilstationäre Fallzahl	0

### B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

An dieser Stelle können Sie sich einen Eindruck über die behandelten Erkrankungen bilden. Zu beachten ist hierbei, dass in der ersten Tabelle nur Hauptdiagnosen genannt werden, d.h. Begleiterkrankungen, die in gleichzeitig behandelt werden, finden in dieser Tabelle keine Darstellung. Daher übersteigen die tatsächlichen Behandlungszahlen die hier angegebenen.

#### B-9.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	24	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs
2	C25	16	Bauchspeicheldrüsenkrebs
3	C18	13	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
4	I50	11	Herzschwäche
5	C50	10	Brustkrebs
6	C16	7	Magenkrebs
7	J18	7	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
8	C20	6	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
9	C80	6	Krebs ohne Angabe der Körperregion
10	C22	4	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge
11	C61	4	Prostatakrebs
12	C79	4	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen
13	A04	< 4	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien
14	A37	< 4	Keuchhusten
15	A49	< 4	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet

## **B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

An dieser Stelle werden Prozeduren bzw. Operationen der Fachabteilung dargestellt.

### *B-9.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

<b>Rang</b>	<b>OPS-301</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>
1	8-98e	175	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
2	9-984	126	Pflegebedürftigkeit
3	8-982	10	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
4	8-800	8	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
5	1-774	6	Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)
6	8-542	6	Nicht komplexe Chemotherapie
7	8-987	4	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
8	3-72x	< 4	Andere Single-Photon-Emissionscomputertomographie
9	5-900	< 4	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
10	6-007	< 4	Applikation von Medikamenten, Liste 7
11	8-137	< 4	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Ureterschiene [Ureterkatheter]
12	8-190	< 4	Spezielle Verbandstechniken
13	8-191	< 4	Verband bei großflächigen und schwerwiegenden Hauterkrankungen
14	8-192	< 4	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde
15	8-701	< 4	Einfache endotracheale Intubation

### *B-9.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

Entfällt

## **B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu.

## **B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu.

## **B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

<b>Zulassung vorhanden</b>	
Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden	Nein
Stationäre BG-Zulassung vorhanden	Nein

## B-9.11 Personelle Ausstattung

### B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.**

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

**Anzahl Vollkräfte:** 2,86

**Kommentar:** Das Zentrum für Palliativmedizin ist eine organisatorisch und räumlich eigenständige Einheit mit eigener Personalstruktur und gesonderten Stellenplänen für Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte.

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,71	
Ambulant	2,15	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,86	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 263,38028

#### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

**Anzahl Vollkräfte:** 2,86

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,71	
Ambulant	2,15	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,86	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 263,38028

### 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
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF02	Akupunktur
ZF09	Geriatric
ZF30	Palliativmedizin
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

#### B-9.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.**

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 10,51

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,41	
Ambulant	5,1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,51	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 34,56562

#### Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

### Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar
ZP15	Stomamanagement	in Kooperation
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP07	Geriatric	
ZP08	Kinästhetik	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP20	Palliative Care	

### B-9.11.3 *Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

**Psychiatrische Fachabteilung:**           Nein

## B-10 Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

### B-10.1 Allgemeine Angaben - Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

Unsere moderne Abteilung bietet Anästhesieleistungen auf höchstem Niveau. Neben dem Vorgehen nach aktuellem medizinischem Wissensstand sind Patientensicherheit und Komfort unsere größten Anliegen. Folgende Aspekte geben einen Überblick:

- Prämedikationssprechstunde für geplante Operationen mit Terminvereinbarung
- Alle gängigen Anästhesieverfahren der Allgemein- und Regionalanästhesie
- Erweiterte Schmerztherapieverfahren mittels Schmerzkathetern und tragbaren Schmerzpumpen für geeignete Eingriffe
- Schmerztherapeutische Behandlung als beratende Ärzte bei allen Patienten des Krankenhauses
- Blutsparende Maßnahmen. Unter anderem durch die Aufbereitung von verlorenem Wundblut (maschinelle Autotransfusion). Weitgehende Vermeidung von Fremdbluttransfusionen
- Teilnahme am Patient Blood Management (PBM), einem multidisziplinären Behandlungskonzept zur Reduktion und Vermeidung von Anämie und Blutverlust sowie zum rationalen Einsatz von Fremdblutprodukten.
- Operative Intensivmedizin mit allen Möglichkeiten zur Behandlung kritischer Situationen
- Modernes OP-Management für reibungslose, fehlerfreie Abläufe und kurze Wartezeiten
- Validierte Zentralsterilisation auf neuestem Stand, Einwandfreie, ständig überprüfte OP-Instrumente
- Über 25 engagierte, kompetente und freundliche Mitarbeiter in einem leistungsstarken Team.

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	3700 0100 1600 3753
<b>Art</b>	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

#### Ärztliche Leitung

##### Chefarzt/-Ärzte

<b>Funktion:</b>	Chefarzt
<b>Titel, Vorname, Name:</b>	Dr. med. Marc Winetzhammer
<b>Telefon:</b>	06151/403 – 6205
<b>Fax:</b>	06151/403 – 6209
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:Winetzhammer.Marc@eke-da.de">Winetzhammer.Marc@eke-da.de</a>

<b>Funktion:</b>	Ansprechpartnerin
<b>Titel, Vorname, Name:</b>	Sekretariat: Constanze Delp
<b>Telefon:</b>	06151/403 – 6205
<b>Fax:</b>	06151/403 – 6209
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:Winetzhammer.Marc@eke-da.de">Winetzhammer.Marc@eke-da.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Landgraf-Georg Straße 100	64287 Darmstadt	<a href="http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/">http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/</a>

Leitender Oberarzt Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie  
Dr. med. Martin Straube

Oberarzt Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie



Dr. med. Heinz Mollenhauer

Oberarzt Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie  
Dr. med. Thorsten Voigt

Oberärztin Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie  
Dr. med. Kristina Hornung

Oberarzt Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie  
Dr. med. Stefan Dabisch

## B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

### Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

## B-10.3 Medizinische Leistungsangebote - Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie	Kommentar
VI40	Schmerztherapie	
VI42	Transfusionsmedizin	Das Zentrum stellt ebenfalls den transfusionsverantwortlichen Arzt.Neben Schulung u. Überwachung der korrekten Anwendung von Blutprodukten bietet das Zentrum Techniken zur Vermeidung v. Fremdbluttransfusionen an.Des Weiteren wurde in 2016 das Projekt "PatientBloodManagement" umgesetzt (s. Kap. D-5).

## B-10.5 Fallzahlen - Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

### Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl 0  
Teilstationäre Fallzahl 0

## B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

## B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

## B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Schmerzprechstunde

<b>Ambulanzart</b>	Privatambulanz (AM07)
<b>Kommentar</b>	Diese ist seit Herbst 2009 eingerichtet. Kontaktaufnahme bitte über das Patientenmanagement, Telefon: 06151 / 403 - 19 00
<b>Angebotene Leistung</b>	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie (VO18)

## B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

## B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

### Zulassung vorhanden

<b>Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden</b>	Nein
<b>Stationäre BG-Zulassung vorhanden</b>	Nein

## B-10.11 Personelle Ausstattung

### B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.**

### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

**Anzahl Vollkräfte:** 5,5  
**Kommentar:** Weiterbildungsermächtigung für das Fach Anästhesiologie für zwei Jahre.

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,5	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

### Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

**Anzahl Vollkräfte:** 5,5

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,5	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:** 0

**Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres**  
Anzahl: 0

**Anzahl stationäre Fälle je Person:**

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen**

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

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen**

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

*B-10.11.2 Pflegepersonal*

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.**

**Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften**

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 13

**Personal aufgeteilt nach:**

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

**Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 11,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,6	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

**Medizinische Fachangestellte in Vollkräften**

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

### Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP14	Schmerzmanagement

#### *B-10.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik*

Nur qualifizierte ärztliche und pflegerische Mitarbeiter, s.o

## B-11 Abteilung für Radiologie

### B-11.1 Allgemeine Angaben - Abteilung für Radiologie

Die ärztlichen Leistungen der Abteilung für Radiologie werden von der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. Anselm Pottmeyer, Dr. Lothar Leisten, Dr. Armin Dick, Dr. Janet Quayson, Dr. Barbara Brecher, Dr. Dirk Brechtelsbauer, Dr. Marina Rappe, Prof. Dr. Oliver Mohrs, Prof. Dr. Jürgen Biederer, Prof. Dr. Peter Hallscheidt, Dr. Christine Hartmann, Prof. Dr. Matthias Kerl, Dr. Lothar Leisten, Dr. Holger Lotz, Dr. Dietmar Müller, Dr. Sepideh Pade, Dr. Henrik Thoms, Dr. Marco Etzel, Dr. Michaela Welsch, Dr. Thorsten Burkhard erbracht. Zur Verfügung stehen dabei alle diagnostischen und interventionellen radiologischen Verfahren, z.B.:

- konventionelle Röntgendiagnostik des Skeletts und der Lunge
- Funktionsuntersuchungen des Magen-Darmtrakts
- Spiral-Computertomographie (16 Zeiler)
- Kernspintomographie (Magnetresonanztomographie)
- CT-gestützte Biopsien
- Schmerzblockaden und Drainagen
- Farbdoppleruntersuchungen des Gefäßsystems

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Abteilung für Radiologie
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	3751
<b>Art</b>	Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

#### Ärztliche Leitung

<b>Funktion:</b>	Ansprechpartner
<b>Titel, Vorname, Name:</b>	Dr. med. Henrik Thoms
<b>Telefon:</b>	06151/403 – 6001
<b>Fax:</b>	06151/403 – 6009
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:info@radiologie-darmstadt.de">info@radiologie-darmstadt.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Landgraf-Georg-Straße 100	64287 Darmstadt	<a href="http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/">http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/</a>

### B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

<b>Zielvereinbarung gemäß DKG</b>	Keine Vereinbarung geschlossen
-----------------------------------	--------------------------------

### B-11.3 Medizinische Leistungsangebote - Abteilung für Radiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Abteilung für Radiologie	Kommentar
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR04	Duplexsonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	Dieses Gerät steht in Partnerpraxen zur Verfügung. Ein Zugriff ist jederzeit sichergestellt.
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	
VR02	Native Sonographie	Dieses Gerät steht in Partnerpraxen zur Verfügung. Ein Zugriff ist jederzeit sichergestellt.
VR31	Orthovoltstrahlentherapie	Dieses Verfahren ist in der Praxis, Eschollbrücker Straße möglich.
VR16	Phlebographie	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	Bzw. Digitale Mammographie. Dieses Verfahren ist im Mammographie-Zentrum, Dieburger Straße in Darmstadt, möglich.
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	Dieses Verfahren ist in der Praxis Grafenstrasse möglich.
VR18	Szintigraphie	Dieses Verfahren ist in der Praxis Grafenstrasse möglich.
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden	Dieses Verfahren ist in der Praxis Grafenstrasse möglich.
VR44	Teleradiologie	

### B-11.5 Fallzahlen - Abteilung für Radiologie

Fallzahlen	
<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	0
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

## **B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Trifft auf diese Fachabteilung nicht zu.

*B-11.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD*

*B-11.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)*

Entfällt

## **B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

*B-11.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS*

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-200	1709	Native Computertomographie des Schädels
2	3-225	1101	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
3	3-222	725	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
4	3-605	298	Arteriographie der Gefäße des Beckens
5	3-205	288	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
6	3-607	272	Arteriographie der Gefäße der unteren Extremitäten
7	3-206	247	Native Computertomographie des Beckens
8	3-203	235	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
9	3-207	204	Native Computertomographie des Abdomens
10	3-202	167	Native Computertomographie des Thorax
11	3-802	162	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
12	3-800	105	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
13	3-825	103	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
14	3-820	101	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
15	3-13b	54	Magen-Darm-Passage (fraktioniert)

*B-11.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)*

Entfällt

## **B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu.

## **B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu.

## **B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

### **Zulassung vorhanden**

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden

Nein



## B-11.11 Personelle Ausstattung

### B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

#### Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0

**Kommentar:** Es handelt sich hierbei um eine Kooperation des Krankenhauses mit der Überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) Radiologie Darmstadt mit zehn Fachärzten. Nach praxisinternen Vorgaben sind die Ärzte im Krankenhaus tätig.

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

#### Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 0

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

#### Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

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

Anzahl: 0

Anzahl stationäre Fälle je Person:

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)
AQ44	Nuklearmedizin
AQ54	Radiologie
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie
AQ55	Radiologie, SP Kinderradiologie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

### B-11.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

**Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.**

### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

**Ausbildungsdauer:** 3 Jahre

**Personal in Fachabteilung**

**Anzahl Vollkräfte:** 0

**Kommentar:** In der Abteilung für Radiologie arbeiten insgesamt sieben Vollzeitkräften Medizinisch-technischer-Radiologieassistenten (s. Kapitel A-11.3).

### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

**Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:**

## B-12 Belegabteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

### B-12.1 Allgemeine Angaben Belegabteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Die HNO-Belegabteilung umfasst sechs Betten, die von niedergelassenen Fachärzten der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde für die Stationäre Behandlung und Operationen genutzt werden. Während die Diagnostik und konservative Therapie von Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen in den jeweiligen Praxen der Belegärzte erfolgt,

werden im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS überwiegend die ambulanten und stationären Operationen durchgeführt.

#### Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

<b>Fachabteilung</b>	Belegabteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
<b>Fachabteilungsschlüssel</b>	2600
<b>Art</b>	Belegabteilung

#### Ärztliche Leitung

##### Chefarzt/-Ärzte

<b>Funktion:</b>	Ansprechpartner
<b>Titel, Vorname, Name:</b>	Dr. med. Mihaela Stastny
<b>Telefon:</b>	0 61 51/8085
<b>Fax:</b>	0 61 51/4 03 – 60 09
<b>E-Mail:</b>	<a href="mailto:info@eke-da.de">info@eke-da.de</a>

#### Öffentliche Zugänge

Straße	Ort	Homepage
Landgraf-Georg-Straße 100	64287 Darmstadt	<a href="https://www.agaplesion-elisabethenstift.de/leistungsspektrum/kompetenzzentren-institute/zentrum-fuer-hals-nasen-und-ohrenheilkunde/">https://www.agaplesion-elisabethenstift.de/leistungsspektrum/kompetenzzentren-institute/zentrum-fuer-hals-nasen-und-ohrenheilkunde/</a>

## B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

#### Angaben zu Zielvereinbarungen

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

## B-12.3 Medizinische Leistungsangebote Belegabteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

#### Nr. Medizinische Leistungsangebote Belegabteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen

## B-12.5 Fallzahlen Belegabteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

#### Fallzahlen

<b>Vollstationäre Fallzahl</b>	69
<b>Teilstationäre Fallzahl</b>	0

## B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

### B-12.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J35	45	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln
2	J32	15	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung
3	J34	6	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen
4	J36	< 4	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln
5	R13	< 4	Schluckstörungen
6	T81	< 4	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen

### B-12.6.2 WB-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#### B-12.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	1-610	120	Diagnostische Laryngoskopie
2	5-281	44	Tonsillektomie (ohne Adenotomie)
3	8-171	20	Therapeutische Spülung (Lavage) des Ohres
4	5-214	19	Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums
5	5-215	18	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]
6	5-224	15	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen
7	1-611	4	Diagnostische Pharyngoskopie
8	8-500	4	Tamponade einer Nasenblutung
9	1-242	< 4	Audiometrie
10	1-612	< 4	Diagnostische Rhinoskopie
11	5-210	< 4	Operative Behandlung einer Nasenblutung
12	5-211	< 4	Inzision der Nase
13	5-216	< 4	Reposition einer Nasenfraktur
14	5-222	< 4	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle
15	5-253	< 4	Rekonstruktion der Zunge

## B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

## B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

## B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

### Zulassung vorhanden

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

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

## B-12.11 Personelle Ausstattung

### B-12.11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Anzahl: 1

Anzahl stationäre Fälle je Person: 69

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

### B-12.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2019 in Vollkräften dar, d.h. Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte werden zu Vollzeitäquivalenten zusammengefasst, wodurch ungerade Angaben möglich sind.

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

#### Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

#### Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

**Kommentar:** Die HNO-Belegabteilung ist organisatorisch Teil der unfallchirurgischen Station, d.h. alle Pflegekräfte der chirurgischen Abteilung gehören dazu. Es erfolgt eine Zuordnung von Pflegekräften zur Versorgung der Patienten entsprechend der Belegung mit chirurgischen bzw. HNO-Patienten.

#### Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

### B-12.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

**C Qualitätssicherung**

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

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

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

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Ergebnis-ID	2005
Grundgesamtheit	236
Beobachtete Ereignisse	234
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,15%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,54 - 98,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,96 - 99,77%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)
<b>Ergebnis-ID</b>	2006
<b>Grundgesamtheit</b>	230
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	228
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	99,13%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,59 - 98,68%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	96,89 - 99,76%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)
<b>Ergebnis-ID</b>	2007
<b>Grundgesamtheit</b>	6
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	6
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,92 - 97,62%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	60,97 - 100,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Ergebnis-ID	2009
Grundgesamtheit	192
Beobachtete Ereignisse	182
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,79%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,17 - 95,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,68 - 97,15%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation nach Aufnahme
Ergebnis-ID	2013
Grundgesamtheit	97
Beobachtete Ereignisse	91
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	93,81%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,11 - 94,37%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,16 - 97,13%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Ergebnis-ID	2028
Grundgesamtheit	125
Beobachtete Ereignisse	124
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,20%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,94 - 96,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,61 - 99,86%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Ergebnis-ID	2036
Grundgesamtheit	124
Beobachtete Ereignisse	122
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,39%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,51 - 98,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,31 - 99,56%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	197
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	14,85
Ergebnis (Einheit)	1,08
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,88 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,67 - 1,70
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)
Ergebnis-ID	231900
Grundgesamtheit	236
Beobachtete Ereignisse	42
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	17,80%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,76 - 13,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	13,44 - 23,18%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Ergebnis-ID	50722
Grundgesamtheit	231
Beobachtete Ereignisse	229
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,13%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,65 - 96,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,90 - 99,76%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
Ergebnis-ID	51906
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,18
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,91 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 60,02
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung
<b>Ergebnis-ID</b>	12874
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,85 - 1,04%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
<b>Ergebnis-ID</b>	10211
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 20,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	7,45 - 8,27%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund
<b>Ergebnis-ID</b>	60683
<b>Grundgesamtheit</b>	0
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	10,15 - 12,60%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund
<b>Ergebnis-ID</b>	60684
<b>Grundgesamtheit</b>	0
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	12,39 - 14,43%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
<b>Ergebnis-ID</b>	60685
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,00 - 1,19%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
<b>Ergebnis-ID</b>	60686
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 45,00 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	18,95 - 20,25%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
<b>Ergebnis-ID</b>	612
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 75,00 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	88,06 - 88,69%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
<b>Ergebnis-ID</b>	52283
<b>Grundgesamtheit</b>	4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 6,15 % (90. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,71 - 2,91%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 48,99%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Ergebnis-ID	52307
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,09 - 98,29%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	72,30 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Ergebnis-ID	111801
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,30 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,11 - 0,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Ergebnis-ID	101803
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,37 - 93,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,03 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Ergebnis-ID	54140
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,50 - 98,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,03 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 1. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 1. Wahl
Ergebnis-ID	54141
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,67 - 96,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,03 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 2. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 2. Wahl
Ergebnis-ID	54142
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,08 - 0,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,97%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Systeme 3. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Systeme 3. Wahl
Ergebnis-ID	54143
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,59 - 1,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,97%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Ergebnis-ID	52139
Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	35
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	87,50%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 60,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,63 - 89,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	73,89 - 94,54%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt
Ergebnis-ID	101800
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	4,26
Ergebnis (Einheit)	0,94
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,43$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,86 - 0,89
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,37 - 2,16
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex zu akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Ergebnis-ID	52305
Grundgesamtheit	149
Beobachtete Ereignisse	144
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,64%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,37 - 95,52%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,39 - 98,56%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Ergebnis-ID	101801
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,60 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,12%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,97%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Ergebnis-ID	101802
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	37
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,87%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	56,14 - 56,85%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	83,11 - 98,58%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Ergebnis-ID	52311
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,56 - 1,74%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,97%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Ergebnis-ID	51191
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,43
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,42 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Ergebnis-ID	2194
Grundgesamtheit	16
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,82
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,67 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,52
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
<b>Ergebnis-ID</b>	2195
<b>Grundgesamtheit</b>	16
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,06
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 6,17 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,82 - 1,09
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 61,58
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
<b>Ergebnis-ID</b>	121800
<b>Grundgesamtheit</b>	4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,10 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,82 - 1,20%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 48,99%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
<b>Ergebnis-ID</b>	52315
<b>Grundgesamtheit</b>	4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,64 - 1,06%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 48,99%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
<b>Ergebnis-ID</b>	51404
<b>Grundgesamtheit</b>	4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,05
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 4,34 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,75 - 1,01
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,00
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Ergebnis-ID	54001
Grundgesamtheit	110
Beobachtete Ereignisse	110
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,53 - 97,67%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,63 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Ergebnis-ID	54002
Grundgesamtheit	7
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	85,71%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,46 - 94,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	48,69 - 97,43%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Ergebnis-ID	54003
Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	11,11%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,35 - 12,89%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	6,32 - 18,81%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Ergebnis-ID	54004
Grundgesamtheit	191
Beobachtete Ereignisse	189
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,95%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,80 - 96,96%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,26 - 99,71%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
<b>Ergebnis-ID</b>	54015
<b>Grundgesamtheit</b>	99
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	9
<b>Erwartete Ereignisse</b>	14,89
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,60
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,07 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,95 - 1,00
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,32 - 1,09
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
<b>Ergebnis-ID</b>	54016
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,59 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,40 - 1,51%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Ergebnis-ID	54017
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 17,60 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,99 - 6,71%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Ergebnis-ID	54018
Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	5,05%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,06 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,29 - 4,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,18 - 11,28%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Ergebnis-ID	54019
Grundgesamtheit	110
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,64%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7,45 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,26 - 2,40%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,42 - 8,98%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Ergebnis-ID	54120
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,22
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,25 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,22 - 4,37
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Ergebnis-ID	54012
Grundgesamtheit	193
Beobachtete Ereignisse	24
Erwartete Ereignisse	13,22
Ergebnis (Einheit)	1,82
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,25 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 0,98
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,24 - 2,60
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Ergebnis-ID	54013
Grundgesamtheit	62
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,04 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,83%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB) Bezeichnung der Kennzahl	Hüftendoprothesenversorgung Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Ergebnis-ID	191914
Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	7
Erwartete Ereignisse	7,74
Ergebnis (Einheit)	0,90
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,44 - 1,77
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB) Bezeichnung des Qualitätsindikators	Hüftendoprothesenversorgung Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüft-Endoprothesenwechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
Ergebnis-ID	10271
Grundgesamtheit	135
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,68
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,83$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 1,38
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Präoperative Verweildauer</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Präoperative Verweildauer
<b>Ergebnis-ID</b>	54030
<b>Grundgesamtheit</b>	102
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	17
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	16,67%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 15,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	12,48 - 13,03%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	10,67 - 25,08%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	A41 - Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sturzprophylaxe</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Sturzprophylaxe
<b>Ergebnis-ID</b>	54050
<b>Grundgesamtheit</b>	94
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	93
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	98,94%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,85 - 97,15%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	94,22 - 99,81%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
<b>Ergebnis-ID</b>	54033
<b>Grundgesamtheit</b>	82
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	17
<b>Erwartete Ereignisse</b>	19,32
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,88
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,17 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,99 - 1,03
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,57 - 1,30
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
<b>Ergebnis-ID</b>	54042
<b>Grundgesamtheit</b>	102
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	17
<b>Erwartete Ereignisse</b>	10,64
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,60
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,15 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,92 - 0,97
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	1,02 - 2,40
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
<b>Ergebnis-ID</b>	54046
<b>Grundgesamtheit</b>	102
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	10
<b>Erwartete Ereignisse</b>	5,23
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,91
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,93 - 1,00
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	1,06 - 3,34
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
<b>Ergebnis-ID</b>	52321
<b>Grundgesamtheit</b>	4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,69 - 98,87%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	51,00 - 100,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
<b>Ergebnis-ID</b>	141800
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\leq 3,80 \%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,21 - 0,44%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Leitlinienkonforme Indikation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Leitlinienkonforme Indikation
<b>Ergebnis-ID</b>	50055
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\geq 90,00 \%$
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	89,35 - 90,15%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Ergebnis-ID	50005
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,91 - 97,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Ergebnis-ID	52131
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,33 - 91,94%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt
<b>Ergebnis-ID</b>	131801
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,76 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,83 - 0,89
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,00
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
<b>Ergebnis-ID</b>	52316
<b>Grundgesamtheit</b>	7
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	6
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	85,71%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,14 - 96,41%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	48,69 - 97,43%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
<b>Ergebnis-ID</b>	131802
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,50 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,77 - 1,02%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sondendislokation oder -dysfunktion</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Sondendislokation oder -dysfunktion
<b>Ergebnis-ID</b>	52325
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,78 - 1,03%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Ergebnis-ID	131803
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	57,74 - 59,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Ergebnis-ID	51186
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,71 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,80 - 1,12
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Ergebnis-ID	54020
Grundgesamtheit	175
Beobachtete Ereignisse	174
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,43%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,87 - 98,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,83 - 99,90%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
Ergebnis-ID	54021
Grundgesamtheit	5
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,39 - 96,86%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	56,55 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
<b>Ergebnis-ID</b>	54022
<b>Grundgesamtheit</b>	9
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	9
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 86,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	93,61 - 94,41%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	70,08 - 100,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
<b>Ergebnis-ID</b>	54123
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 4,70 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,20 - 1,31%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Ergebnis-ID	50481
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,05 - 3,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 29,92%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Ergebnis-ID	54124
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,73 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Ergebnis-ID	54125
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 13,45 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,92 - 4,60%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 29,92%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Ergebnis-ID	54028
Grundgesamtheit	182
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,81
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,24 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 0,98
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
<b>Ergebnis-ID</b>	54127
<b>Grundgesamtheit</b>	174
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,03 - 0,05%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 2,16%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
<b>Ergebnis-ID</b>	54128
<b>Grundgesamtheit</b>	84
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	84
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,00
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 98,46 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	99,73 - 99,78%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	96,50 - 100,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
<b>Ergebnis-ID</b>	52009
<b>Grundgesamtheit</b>	11105
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	71
<b>Erwartete Ereignisse</b>	53,00
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,33
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,13 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,98 - 1,00
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	1,06 - 1,68
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
<b>Ergebnis-ID</b>	52326
<b>Grundgesamtheit</b>	11105
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	62
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,56%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,30 - 0,31%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,44 - 0,72%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
<b>Ergebnis-ID</b>	521801
<b>Grundgesamtheit</b>	11105
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	9
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,08%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,05 - 0,06%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,04 - 0,15%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
<b>Ergebnis-ID</b>	52010
<b>Grundgesamtheit</b>	11105
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,00 - 0,01%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,03%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

**C-1.2.[1] A.II Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, 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-1.2.[1] Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

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

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

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Ergebnis-ID	2005
Grundgesamtheit	236
Beobachtete Ereignisse	234
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,15%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,54 - 98,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,96 - 99,77%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)
Ergebnis-ID	2006
Grundgesamtheit	230
Beobachtete Ereignisse	228
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,13%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,59 - 98,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,89 - 99,76%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)
Ergebnis-ID	2007
Grundgesamtheit	6
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,92 - 97,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	60,97 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Ergebnis-ID	2009
Grundgesamtheit	192
Beobachtete Ereignisse	182
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,79%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,00\%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,17 - 95,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,68 - 97,15%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Frühmobilisation nach Aufnahme</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Frühmobilisation nach Aufnahme
<b>Ergebnis-ID</b>	2013
<b>Grundgesamtheit</b>	97
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	91
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	93,81%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	94,11 - 94,37%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	87,16 - 97,13%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
<b>Ergebnis-ID</b>	2028
<b>Grundgesamtheit</b>	125
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	124
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	99,20%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	95,94 - 96,13%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	95,61 - 99,86%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Ergebnis-ID	2036
Grundgesamtheit	124
Beobachtete Ereignisse	122
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,39%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,51 - 98,63%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,31 - 99,56%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	197
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	14,85
Ergebnis (Einheit)	1,08
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 1,88$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,67 - 1,70
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)
Ergebnis-ID	231900
Grundgesamtheit	236
Beobachtete Ereignisse	42
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	17,80%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,76 - 13,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	13,44 - 23,18%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Ergebnis-ID	50722
Grundgesamtheit	231
Beobachtete Ereignisse	229
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,13%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,65 - 96,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,90 - 99,76%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
<b>Ergebnis-ID</b>	51906
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 4,18
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,91 - 1,03
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 60,02
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung
<b>Ergebnis-ID</b>	12874
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,85 - 1,04%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
<b>Ergebnis-ID</b>	10211
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 20,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	7,45 - 8,27%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund
<b>Ergebnis-ID</b>	60683
<b>Grundgesamtheit</b>	0
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	10,15 - 12,60%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund
<b>Ergebnis-ID</b>	60684
<b>Grundgesamtheit</b>	0
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	12,39 - 14,43%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
<b>Ergebnis-ID</b>	60685
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,00 - 1,19%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie
<b>Ergebnis-ID</b>	60686
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 45,00 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	18,95 - 20,25%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
<b>Ergebnis-ID</b>	612
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 75,00 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	88,06 - 88,69%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
<b>Ergebnis-ID</b>	52283
<b>Grundgesamtheit</b>	4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 6,15 % (90. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,71 - 2,91%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 48,99%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
<b>Ergebnis-ID</b>	52307
<b>Grundgesamtheit</b>	10
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	10
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 95,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	98,09 - 98,29%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	72,30 - 100,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
<b>Ergebnis-ID</b>	111801
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,30 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,11 - 0,24%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Leitlinienkonforme Indikation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Leitlinienkonforme Indikation
<b>Ergebnis-ID</b>	101803
<b>Grundgesamtheit</b>	39
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	39
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	93,37 - 93,72%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	91,03 - 100,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Ergebnis-ID	54140
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,50 - 98,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,03 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 1. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 1. Wahl
Ergebnis-ID	54141
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,67 - 96,93%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,03 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 2. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 2. Wahl
Ergebnis-ID	54142
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,08 - 0,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,97%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Systeme 3. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Systeme 3. Wahl
Ergebnis-ID	54143
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,59 - 1,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,97%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Ergebnis-ID	52139
Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	35
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	87,50%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,63 - 89,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	73,89 - 94,54%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt
Ergebnis-ID	101800
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	4,26
Ergebnis (Einheit)	0,94
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,43 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,86 - 0,89
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,37 - 2,16
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Qualitätsindex zu akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Ergebnis-ID	52305
Grundgesamtheit	149
Beobachtete Ereignisse	144
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,64%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,37 - 95,52%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,39 - 98,56%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Ergebnis-ID	101801
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,60 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,12%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,97%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Ergebnis-ID	101802
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	37
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,87%
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	56,14 - 56,85%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	83,11 - 98,58%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Ergebnis-ID	52311
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,56 - 1,74%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,97%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Ergebnis-ID	51191
Grundgesamtheit	39
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,43
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,42 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,94 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
<b>Ergebnis-ID</b>	2194
<b>Grundgesamtheit</b>	16
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,82
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,67 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,98 - 1,05
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 4,52
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
<b>Ergebnis-ID</b>	2195
<b>Grundgesamtheit</b>	16
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,06
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 6,17 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,82 - 1,09
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 61,58
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
<b>Ergebnis-ID</b>	121800
<b>Grundgesamtheit</b>	4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,10 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,82 - 1,20%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 48,99%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
<b>Ergebnis-ID</b>	52315
<b>Grundgesamtheit</b>	4
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,64 - 1,06%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 48,99%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
Ergebnis-ID	51404
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,05
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,34 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,75 - 1,01
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Ergebnis-ID	54001
Grundgesamtheit	110
Beobachtete Ereignisse	110
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,53 - 97,67%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,63 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
<b>Ergebnis-ID</b>	54002
<b>Grundgesamtheit</b>	7
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	6
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	85,71%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 86,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	93,46 - 94,13%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	48,69 - 97,43%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Präoperative Verweildauer</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Präoperative Verweildauer
<b>Ergebnis-ID</b>	54003
<b>Grundgesamtheit</b>	99
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	11
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	11,11%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 15,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	12,35 - 12,89%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	6,32 - 18,81%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Ergebnis-ID	54004
Grundgesamtheit	191
Beobachtete Ereignisse	189
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,95%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,80 - 96,96%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,26 - 99,71%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Ergebnis-ID	54015
Grundgesamtheit	99
Beobachtete Ereignisse	9
Erwartete Ereignisse	14,89
Ergebnis (Einheit)	0,60
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,07 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,95 - 1,00
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,32 - 1,09
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
<b>Ergebnis-ID</b>	54016
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 5,59 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	1,40 - 1,51%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
<b>Ergebnis-ID</b>	54017
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 17,60 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	5,99 - 6,71%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
<b>Ergebnis-ID</b>	54018
<b>Grundgesamtheit</b>	99
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	5,05%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 11,06 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	4,29 - 4,63%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	2,18 - 11,28%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
<b>Ergebnis-ID</b>	54019
<b>Grundgesamtheit</b>	110
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	4
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	3,64%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 7,45 % (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	2,26 - 2,40%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	1,42 - 8,98%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
<b>Ergebnis-ID</b>	54120
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,22
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\leq 2,25$ (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,99 - 1,07
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,22 - 4,37
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
<b>Ergebnis-ID</b>	54012
<b>Grundgesamtheit</b>	193
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	24
<b>Erwartete Ereignisse</b>	13,22
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,82
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	$\leq 2,25$ (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,94 - 0,98
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	1,24 - 2,60
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
<b>Ergebnis-ID</b>	54013
<b>Grundgesamtheit</b>	62
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,04 - 0,06%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 5,83%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
<b>Ergebnis-ID</b>	191914
<b>Grundgesamtheit</b>	99
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	7
<b>Erwartete Ereignisse</b>	7,74
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,90
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,95 - 1,02
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,44 - 1,77
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüft-Endoprothesenwechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
<b>Ergebnis-ID</b>	10271
<b>Grundgesamtheit</b>	135
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	2,68
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,83 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,97 - 1,05
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 1,38
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Präoperative Verweildauer</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Präoperative Verweildauer
<b>Ergebnis-ID</b>	54030
<b>Grundgesamtheit</b>	102
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	17
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	16,67%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 15,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	12,48 - 13,03%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	10,67 - 25,08%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	A41 - Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sturzprophylaxe</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Sturzprophylaxe
<b>Ergebnis-ID</b>	54050
<b>Grundgesamtheit</b>	94
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	93
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	98,94%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,85 - 97,15%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	94,22 - 99,81%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
<b>Ergebnis-ID</b>	54033
<b>Grundgesamtheit</b>	82
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	17
<b>Erwartete Ereignisse</b>	19,32
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,88
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,17 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,99 - 1,03
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,57 - 1,30
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
<b>Ergebnis-ID</b>	54042
<b>Grundgesamtheit</b>	102
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	17
<b>Erwartete Ereignisse</b>	10,64
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,60
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,15 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,92 - 0,97
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	1,02 - 2,40
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
<b>Ergebnis-ID</b>	54046
<b>Grundgesamtheit</b>	102
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	10
<b>Erwartete Ereignisse</b>	5,23
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,91
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,93 - 1,00
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	1,06 - 3,34
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
Ergebnis-ID	52321
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,69 - 98,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,00 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Ergebnis-ID	141800
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,80 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,21 - 0,44%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Leitlinienkonforme Indikation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Leitlinienkonforme Indikation
<b>Ergebnis-ID</b>	50055
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	89,35 - 90,15%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Leitlinienkonforme Systemwahl</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Leitlinienkonforme Systemwahl
<b>Ergebnis-ID</b>	50005
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,91 - 97,35%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechselln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechselln
Ergebnis-ID	52131
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,33 - 91,94%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,01 - 100,00%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt
Ergebnis-ID	131801
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,76 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,83 - 0,89
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
<b>Ergebnis-ID</b>	52316
<b>Grundgesamtheit</b>	7
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	6
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	85,71%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,14 - 96,41%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	48,69 - 97,43%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
<b>Ergebnis-ID</b>	131802
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,50 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,77 - 1,02%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sondendislokation oder -dysfunktion</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Sondendislokation oder -dysfunktion
<b>Ergebnis-ID</b>	52325
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 3,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,78 - 1,03%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
<b>Ergebnis-ID</b>	131803
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	-
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	57,74 - 59,07%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	entfällt
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Implantierbare Defibrillatoren-Implantation</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
<b>Ergebnis-ID</b>	51186
<b>Grundgesamtheit</b>	entfällt
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	entfällt
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 4,71 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,80 - 1,12
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,00
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
<b>Ergebnis-ID</b>	54020
<b>Grundgesamtheit</b>	175
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	174
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	99,43%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	97,87 - 98,02%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	96,83 - 99,90%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zur unikondylären Schlittenprothese</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
<b>Ergebnis-ID</b>	54021
<b>Grundgesamtheit</b>	5
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	5
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 90,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	96,39 - 96,86%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	56,55 - 100,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
<b>Ergebnis-ID</b>	54022
<b>Grundgesamtheit</b>	9
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	9
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 86,00 %
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	93,61 - 94,41%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	70,08 - 100,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Ergebnis-ID	54123
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,70 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,20 - 1,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Ergebnis-ID	50481
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,00 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,05 - 3,66%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 29,92%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Ergebnis-ID	54124
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,73 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,93 - 1,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Ergebnis-ID	54125
Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 13,45 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,92 - 4,60%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 29,92%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
<b>Ergebnis-ID</b>	54028
<b>Grundgesamtheit</b>	182
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,81
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 4,24 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,85 - 0,98
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,00
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
<b>Ergebnis-ID</b>	54127
<b>Grundgesamtheit</b>	174
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,03 - 0,05%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 2,16%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Knieendoprothesenversorgung</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
<b>Ergebnis-ID</b>	54128
<b>Grundgesamtheit</b>	84
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	84
<b>Erwartete Ereignisse</b>	0,00
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	100,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	>= 98,46 % (5. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	99,73 - 99,78%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	96,50 - 100,00%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
<b>Ergebnis-ID</b>	52009
<b>Grundgesamtheit</b>	11105
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	71
<b>Erwartete Ereignisse</b>	53,00
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	1,33
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	<= 2,13 (95. Perzentil)
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,98 - 1,00
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	1,06 - 1,68
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
<b>Ergebnis-ID</b>	52326
<b>Grundgesamtheit</b>	11105
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	62
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,56%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,30 - 0,31%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,44 - 0,72%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung der Kennzahl</b>	<b>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl</b>	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
<b>Ergebnis-ID</b>	521801
<b>Grundgesamtheit</b>	11105
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	9
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,08%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Nicht definiert
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,05 - 0,06%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,04 - 0,15%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

<b>Leistungsbereich (LB)</b>	<b>Pflege: Dekubitusprophylaxe</b>
<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	<b>Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4</b>
<b>Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
<b>Ergebnis-ID</b>	52010
<b>Grundgesamtheit</b>	11105
<b>Beobachtete Ereignisse</b>	0
<b>Erwartete Ereignisse</b>	
<b>Ergebnis (Einheit)</b>	0,00%
<b>Referenzbereich (bundesweit)</b>	Sentinel Event
<b>Vertrauensbereich (bundesweit)</b>	0,00 - 0,01%
<b>Vertrauensbereich (Krankenhaus)</b>	0,00 - 0,03%
<b>Bewertung durch den Strukturierten Dialog</b>	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

**C-1.2.[1] A.II Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, 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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Leistungsbereich	Teilnahme
Schlaganfall: Akutbehandlung	Ja
MRE	Ja
Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind	Nein
Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation	Nein

## 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

### Leistungsbereich: Externe Qualitätssicherung in der Geriatrie zur Erfassung der Grunddaten und Merkmale geriatrischer Patienten, der wichtigsten Parameter des Behandlungsverlaufs und der Behandlungsergebnisse

<b>Bezeichnung des Qualitätsindikators</b>	GEMIDAS (Geriatrisches Minimum Data Set) wurde Anfang 2000 im Auftrag des Bundesverbandes geriatrisch-klinischer Einrichtungen entwickelt. Weiterentwicklung zu GEMIDAS-Pro
<b>Ergebnis</b>	Die Ergebnisse unserer Klinik liegen im Bundesvergleich im guten durchschnittlichen Bereich
<b>Messzeitraum</b>	01.01.2019 - 31.12.2019
<b>Datenerhebung</b>	Stammdaten, Diagnosegruppen, Aufnahme von, Entlassung nach, stationär/teilstationär, Vorbehandlungszeitraum, Barthel-Index, BI-Different/Tag; TUG bei Aufnahme/Entlassung; MMST, Hilfsmittel, Mortalität
<b>Rechenregeln</b>	Die Daten werden unter den §111- und §109-Kliniken verglichen, Datenqualität und nach stationär und teilstationär unterschieden, nach Diagnosegruppen gewichtet. Daraus wird eine anonymisierte Rangordnung nach höchstem und niedrigstem Messergebnis erstellt und unter den teilnehmenden Häusern ausgetauscht
<b>Referenzbereiche</b>	
<b>Vergleichswerte</b>	
<b>Quellenangaben</b>	<a href="https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/gemidas-pro.html">https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/gemidas-pro.html</a>



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

### C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

#### Kniegelenk-Totalendoprothesen

Mindestmenge	50
Erbrachte Menge	176

#### Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas

Mindestmenge	10
Erbrachte Menge	8

**Begründung** Personelle Neuausrichtung (MM03)

**Erläuterung zur Begründung** Bedingt durch den Chefarzt-Wechsel in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie kam es zu einem Rückgang der Anzahl der Operationen in diesem Leistungsbereich. Für 2020 wurde die Erbringung dieses Leistungsbereichs ausgesetzt. Die Wiederaufnahme der Erbringung der Leistungen ist mit neuem Konzept für 2021 geplant.

### C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

#### C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung

#### Kniegelenk-Totalendoprothesen

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt Ja

#### Organsystem Pankreas

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt Ja

#### C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden

#### Kniegelenk-Totalendoprothesen

Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2019: 176

Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge: 123

#### Organsystem Pankreas

Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2019: 8

Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge: 4

#### C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

##### Kniegelenk-Totalendoprothesen

Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose) Ja

##### Organsystem Pankreas

Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose) Ja

#### C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

##### Kniegelenk-Totalendoprothesen

Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt Nein

##### Organsystem Pankreas

Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt Nein

### C-5.2.5 *Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden*

#### **Kniegelenk-Totalendoprothesen**

Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V) erteilt Nein

#### **Organsystem Pankreas**

Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V) erteilt Nein

### C-5.2.6 *Übergangsregelung*

#### **Kniegelenk-Totalendoprothesen**

Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt Nein

#### **Organsystem Pankreas**

Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt Nein

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

Es wurden keine Vereinbarungen über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach §137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V getroffen, da die im Gesetz beschriebenen Therapien im Haus nicht angeboten werden.

#### **Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziierter autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk (CQ10)**

**Kommentar** Die verbindlichen Anforderungen an die Strukturqualität und die Dokumentation werden gemäß Anlage I des G-BA-Beschluss seit Einführung des Verfahrens umgesetzt.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	47
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. 1.1.1]	43
1.1.1	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 1.1]	14

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

### C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände
Intensivmedizin	IS-EKE EKE Station Intensiv interdisziplinär	Tagschicht	100,00%	0
Intensivmedizin	IS-EKE EKE Station Intensiv interdisziplinär	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatric	A3	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	A3	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatric	EKE Station A41	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	EKE Station A41	Nachtschicht	100,00%	0

### C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Intensivmedizin	IS-EKE EKE Station Intensiv interdisziplinär	Tagschicht	90,68%
Intensivmedizin	IS-EKE EKE Station Intensiv interdisziplinär	Nachtschicht	88,22%
Geriatric	A3	Tagschicht	98,90%
Geriatric	A3	Nachtschicht	98,63%
Geriatric	EKE Station A41	Tagschicht	94,79%
Geriatric	EKE Station A41	Nachtschicht	98,90%

## D Qualitätsmanagement

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

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

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

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

Als Konzernverbund nutzen wir aktiv die Möglichkeit, Fachleute aus verschiedenen Einrichtungen zusammenzubringen. Die Experten entwickeln gemeinsam Qualitätsstandards und tauschen die besten Ideen zu deren Umsetzung aus. Die verschiedenen Gremien der sogenannten *Integrativen Managementstruktur* (Fachkonferenzen, Lenkungsgruppen, Projektgruppen etc.) tragen aktiv zur Weiterentwicklung der AGAPLESION Qualitätspolitik und konkret zur Weiterentwicklung der Pflege- und Behandlungsqualität bei.

Aus dem Blickwinkel unserer Patienten reflektieren wir regelhaft unsere Prozesse. Dafür nutzen wir bekannte Instrumente des Qualitätsmanagements. Wir analysieren Prozessdaten und nutzen die Erkenntnisse zur Optimierung. Viele Prozesse sind bereits digitalisiert, mit Prozessanalysen decken wir weitere Potentiale auf.

Unser Leitbild und das EinsA-Qualitätsversprechen sind das Fundament unserer täglichen Arbeit. Die folgenden Instrumente kommen dabei zum Einsatz:



## Audits

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

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

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

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

## Risikomanagement

Alle Prozesse bergen auch das Risiko, dass die erforderlichen Prozessschritte nicht wie festgelegt ausgeführt werden. Diese Risiken können in allen Arbeitsbereichen entstehen oder bereits vorhanden sein. Risiken zu identifizieren und zu beherrschen ist das zentrale Anliegen des Risikomanagements. Das Risikomanagement in unserer Einrichtung hat zum Ziel, Risiken frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und zu vermindern bzw. zu beseitigen. Deshalb führen wir strukturiert Informationen aus Risikointerviews, Begehungen und Audits zusammen, analysieren diese und leiten entsprechende Vorbeugemaßnahmen ab.

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

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

Die Einhaltung der Patientensicherheit ist eine Grundvoraussetzung bei allen Prozessschritten. Wir setzen in unserem Haus in allen relevanten Bereichen Standards und Maßnahmen um, die dazu dienen, die Identifikation des Patienten

im Rahmen des ambulanten und stationären Behandlungsverlaufes sicherzustellen. Das Risiko von Verwechslungen und Fehlern sowie deren Folgen wollen wir mit der korrekten Anwendung der Standards ausschließen. Umgesetzte Maßnahmen im Bereich Patientensicherheit sind zum Beispiel:

- Teilnahme am AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT
- Einführung eines Patientenarmbandes im stationären Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- Einführung von Sicherheitschecklisten zur Vermeidung von Verwechslung und Behandlungsfehlern
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Etablierung einer Hygienekonzeption

Die beschriebenen Maßnahmen sind auch in dem Film zur Patientensicherheit in unserem Internetauftritt zu sehen.

## Zertifizierungen

Begehungen durch unabhängige Experten, sogenannte Zertifizierungen, nutzen wir, um die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagement-Systems zu prüfen und weitere Verbesserungspotenziale aufzeigen zu lassen. Im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 ff kommen die Prozesse und Abläufe auf den Prüfstand. Zusätzlich unterzieht sich unser Haus auch in anderen Bereichen Prüfungen als Nachweis einer guten Qualität und der kontinuierlichen Weiterverbesserung.



pCC-zertifiziert nach  
DIN EN ISO 9001 : 2015



Zertifiziertes Alterstraumatologisches  
Zentrum DGG



Erfüllung der Anforderungen  
gemäß dem Qualitätssiegel  
Geriatrie für Akutkliniken



Zertifiziertes Darmkrebszentrum der  
Deutschen Krebsgesellschaft e. V.



EndoProthetikZentrum nach  
Vorgabe der Initiative  
EndoCert®



Zertifiziertes Alterstraumatologisches  
Zentrum nach DGU



## Meinungsmanagement

Das Meinungsmanagement stellt einen wichtigen Baustein zur Qualitätsverbesserung dar. Sämtliche Meinungsäußerungen, zu denen Lob, Anregungen und Beschwerden gehören, werden systematisch erfasst und bearbeitet. Alle Interessengruppen können in schriftlicher oder mündlicher Form ihre Meinung abgeben. Es ist unser Anspruch, insbesondere bei Beschwerden direkt zusammen mit dem Meinungsgeber eine Lösung zu finden oder eine Erklärung zu vermitteln. Grundsätzlich sind alle Mitarbeiter Ansprechpartner, um eine Rückmeldung aufzunehmen. Jede Meinung zählt für uns, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde. Die eingegangenen Meinungen werden von unseren Meinungsmanagern bearbeitet und an die jeweils zuständigen Abteilungen weitergeleitet. Wir nutzen die kritischen Rückmeldungen aktiv als Chance zur Qualitätsverbesserung.



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

## Ideen- und Innovationsmanagement

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

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

## Befragung

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

- Aufnahme, Diagnose, Behandlung und Entlassung
- Zusammenarbeit zwischen den einweisenden Ärzten und dem Krankenhaus
- Kooperation mit den Rettungsdiensten
- Speisenversorgung
- Ärztliches Personal, Pflegepersonal, Therapeutisches Personal

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



## Projektorganisation

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

Auch Erfahrungen aus den Projekten und die Frage: „Was können wir aus diesem Projekt lernen für weitere Projekte?“ helfen dabei, uns stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. In unserer Einrichtung sind bereits viele Projekte erfolgreich abgeschlossen. Dazu zählen in 2019 unter anderem die drei folgenden:

### Projekt

#### **Ambulantes Operieren**

Um einen bewussten Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen zu erreichen, wurde der Prozess des ambulanten Operierens im Rahmen einer Projektgruppe neu überdacht. Das Ziel dabei war die räumliche und personelle Entlastung des Zentral-OPs durch die Zentralisierung der ambulanten Operationen in separaten Raumstrukturen.

### Projekt

#### **Ideenmanagement**

Die Mitarbeiter sollen sich aktiv in den Gestaltungsprozess des Unternehmens einbringen können. Um viele gute und innovative Ideen zu generieren, die helfen bestehende Prozesse zu erleichtern, zu verbessern oder sogar kostengünstiger gestalten zu können wird das Instrument der Ideenbörse geschaffen.

### Projekt

#### **Evaluation der eingeführten elektronischen Patientenakte**

Mit der erfolgreichen Einführung der elektronischen Karte haben wir den Informationsaustausch zusätzlich elektronisch abgebildet. Diese neu entwickelten Prozesse haben wir uns in der Evaluation angeschaut. Ein Schritt im Prozessmanagement sind die Betrachtungen der Schnittstellen um den Informationsaustausch zwischen Berufsgruppen, Abteilungen, Krankenhäusern und Praxen zu sichern

