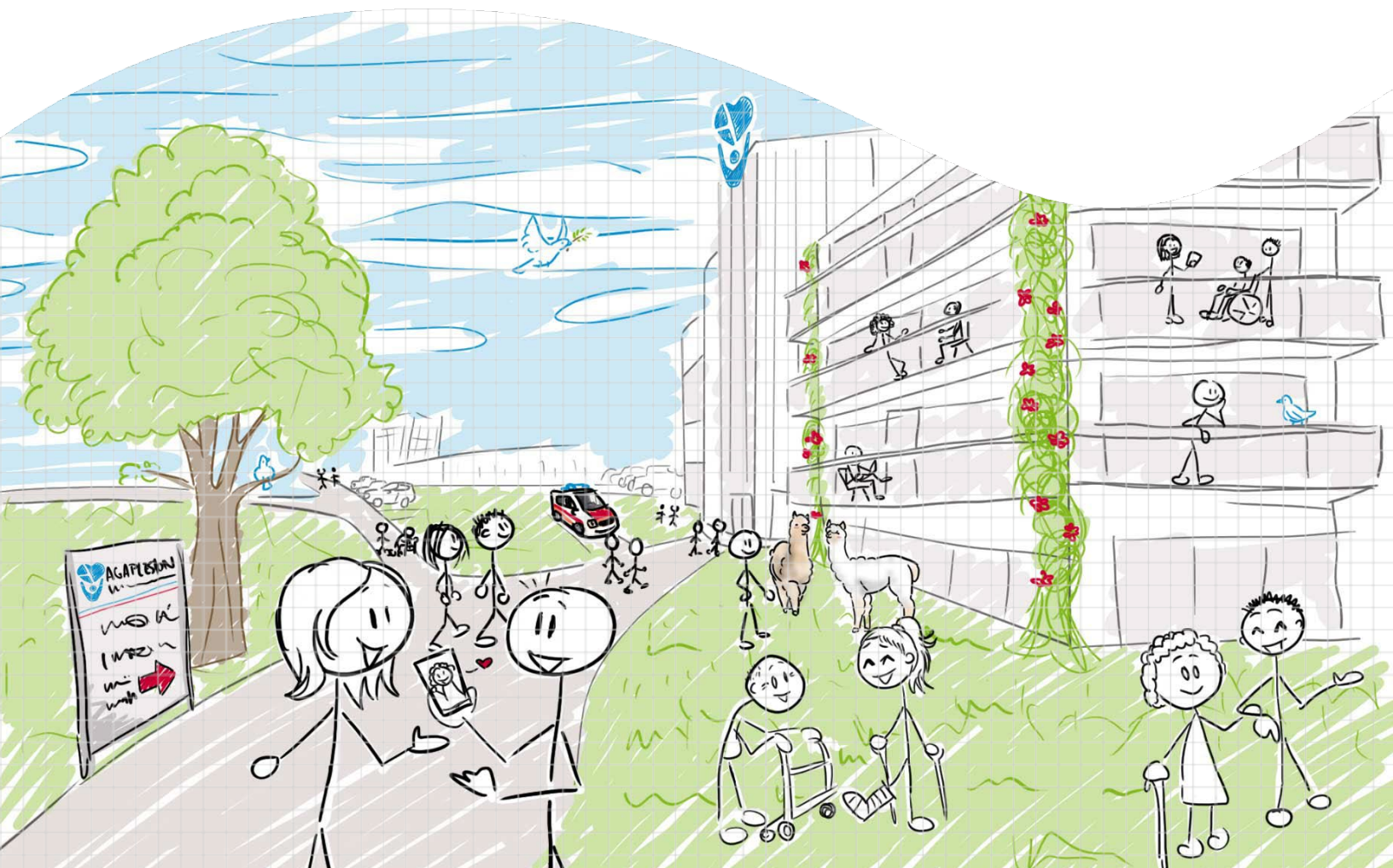


Qualitätsbericht 2020

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
für das Berichtsjahr 2020

Erstellt am 31.12.2021



Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	7
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	7
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	8
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	8
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	9
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	13
A-9	Anzahl der Betten	14
A-10	Gesamtfallzahlen	15
A-11	Personal des Krankenhauses	15
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	28
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	48
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	49
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen.....	50
B-1	Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie Mathildenhöhe.....	50
B-2	Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin	72
B-3	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie.....	85
B-4	Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.....	95

B-5	Psychiatrische Tagesklinik	106
B-6	Gerontopsychiatrische Tagesklinik.....	113
B-7	Klinik für Geriatrische Medizin.....	120
B-8	Zentrum für Palliativmedizin/ Besondere Einrichtung	129
B-9	Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie	137
B-10	Abteilung für Radiologie.....	143
B-11	Belegabteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	148
B-12	Geriatrische Tagesklinik	151
C	Qualitätssicherung.....	212
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	212
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	212
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	212
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	212
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	213
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	214
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	214
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	215
D	Qualitätsmanagement.....	216

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

Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Michèle Holstein
Telefon	06151/403-5021
Fax	06151/403-5009
E-Mail	Michele.Holstein@agaplesion.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Kfm. Jens Becker
Telefon	06151/403-5001
Fax	06151/403-5009
E-Mail	Jens.Becker@agaplesion.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses:

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

Link zu weiterführenden Informationen:

Frankfurt am Main, im Dezember 2021

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

am 31. Dezember 2021 sind genau zwei Jahre vergangen, als die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals über Fälle von Lungenentzündung mit unbekannter Ursache in Wuhan in Kenntnis gesetzt worden ist. Hierzulande wädhnten wir uns in Sicherheit, verorteten Epidemien und Seuchen in andere Regionen dieser Welt. SARS-CoV-2 hat uns gezeigt: Auch wir sind verwundbar. Unser Sicherheitsgeföhl ist von jeher trügerisch.

Die Gesundheit und auch der Schutz unserer Patient:innen und Mitarbeiter:innen haben für uns immer höchste Priorität. Die Pandemie hat uns allen – auch der Öffentlichkeit – schmerzlich vor Augen geführt, wie verletzlich wir trotz höchster Schutzmaßnahmen in solch einer Ausnahmesituation sind. Die gesetzlichen Qualitäts- und Sicherheitsauflagen waren enorm hoch und wurden *sofort* umgesetzt. Dennoch haben viele Menschen aus Angst vor einer Ansteckung nach Alternativen zu einer stationären Behandlung gesucht. Oder sie haben eine Behandlung aufgeschoben, teils mit schweren gesundheitlichen Folgen.

Corona wird häufig als „Ausnahmestand“ und „Krise“ bezeichnet. Das ist auch richtig. Das Virus hat eine große Verunsicherung in uns allen ausgelöst und den Blick nach „innen“ gelenkt. In unsere Seele. Für uns war es eine bedrückende Erfahrung, dass zugewandte Medizin und Pflege in der Pandemie nur sehr schwer umzusetzen waren. Schutzvorkehrungen und Distanzgebot haben feste Grenzen gesteckt.

Doch nicht nur eine Pandemie kann die Seele in einen Ausnahmestand oder in eine Krise stürzen, sondern auch Krankheiten oder der Alterungsprozess mit seinen vielfältigen Einschränkungen. Wir bei AGAPLESION wollen unseren Patient:innen in jeder Krisen, in jedem Ausnahmestand, in jeder Lebensphase zur Seite stehen und uns Körper *und* Seele annehmen. Dieser Anspruch basiert auf der christlichen Tradition unserer bundesweiten Einrichtungen.

Die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie haben uns neu sensibilisiert für unsere Bedürfnisse, für unser Seelenheil. Wir wollen alles dafür tun, dass sich unsere Patient:innen gut bei uns aufgehoben wissen. Denn bei uns steht der Mensch mit all seinen Facetten im Mittelpunkt. Echte Qualität ist für uns immer: ganzheitlich.

Mit freundlichen Grüßen aus Frankfurt am Main



Dr. Markus Horneber
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Jörg Marx
Stv. Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

bereits vor 20 Jahren 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 Patient:innen 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 2020. 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@agaplesion.de. Weitere Informationen finden Sie unter www.agaplesion-elisabethenstift.de.

Darmstadt, den 31. Dezember 2021



Jens Becker
Geschäftsführer
AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS
Hausanschrift	Landgraf-Georg-Straße 100 64287 Darmstadt
Zentrales Telefon	06151/403-0
Fax	06151/403-8080
Zentrale E-Mail	info.eke@agaplesion.de
Institutionskennzeichen	260641301
Standortnummer (alt)	99
URL	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/



Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin

Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Mathias Pfisterer
Telefon	06151/403-3001
Fax	06151/403-3009
E-Mail	Mathias.Pfisterer@agaplesion.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin

Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Birgit Steindecker
Telefon	06151/403-7701
Fax	06151/403-7709
E-Mail	Birgit.Steindecker@agaplesion.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter

Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Dipl.-Kfm. Jens Becker
Telefon	06151/403-5001
Fax	06151/403-5009
E-Mail	Geschaeftsfuehrung.sekretariat@agaplesion.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger

Name	AGAPLESION ELISABETHENSTIFT gemeinnützige GmbH
Art	Freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhausart

Krankenhausart	Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität	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

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

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 Patient:innen 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:in im Ambulanten Therapiezentrum weitergeführt werden, z.B. Krankengymnastik am Gerät, manuelle Therapie, Sportphysiotherapie, Schlingentisch (Traktionsbehandlung), Atemtherapie, Gangschule.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
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 Ärzt:innen bzw. Fachexperten zu unterschiedlichen medizinischen und pflegerischen Themen statt. Pandemiebedingt fanden die Veranstaltungen nur Januar und Februar 2020 statt.
MP45	Stomatherapie/-beratung	
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/Psychozialdienst	
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 Mitarbeiter:innen 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	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/	Die Seelsorgerinnen und Seelsorger im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT sehen den ganzen Menschen, vor allem auch da, wo er verletzlich ist und Grenzen erfährt. In Krisensituation steht ein 24-stündiger Seelsorgedienst zur Verfügung.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
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

Funktion	Schwerbehindertenvertretung
Titel, Vorname, Name	Karin Leifke
Telefon	06151/403-5403
E-Mail	Karin.Leifke@agaplesion.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
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 Ergotherapeut:innen der Hochschule Fresenius.
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	

A-9 Anzahl der Betten

Bedden	
Bedden	419

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 2020 im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS behandelt wurden, unabhängig von der Anzahl der Kontakte pro Patient:in.

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 Patient:innen 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	9651
Teilstationäre Fallzahl	240
Ambulante Fallzahl	14971

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: 105,33

Kommentar: Vollkräfte

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	85,78	
Ambulant	19,55	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	105,33	
Nicht Direkt	0	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 47,7

Kommentar: Vollkräfte

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	37,52	
Ambulant	10,18	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	47,7	
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: 240,34

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	214,71	
Ambulant	25,63	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	232,29	
Nicht Direkt	8,05	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 20,98

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	20,98	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	20,98	
Nicht Direkt	0	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 17,89

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,45	
Ambulant	1,44	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	17,89	
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: 14,36

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	13,14	
Ambulant	1,22	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,36	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 37,17

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	33,74	
Ambulant	3,43	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	37,17	
Nicht Direkt	0	

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Anzahl Vollkräfte: 1,45

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,45	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,45	
Nicht Direkt	0	

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 4,92

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,61	
Ambulant	0,31	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,92	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen

Anzahl Vollkräfte: 11,83

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,11	
Ambulant	1,72	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	11,83	
Nicht Direkt	0	

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,6

Kommentar: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,36	
Ambulant	0,24	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,6	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 7,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,96	
Ambulant	1,06	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,02	
Nicht Direkt	0	

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 13,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	11,21	
Ambulant	1,9	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,11	
Nicht Direkt	0	

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 2,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,82	
Ambulant	0,29	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,11	
Nicht Direkt	0	

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Vollkräfte: 10,41

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,93	
Ambulant	1,48	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,41	
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: 14,51

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	12,33	
Ambulant	2,18	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,51	
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

Personal aufgeteilt nach:

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

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	

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

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	

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

Anzahl Vollkräfte: 6,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,74	
Ambulant	1,01	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,75	
Nicht Direkt	0	

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Anzahl Vollkräfte: 1,45

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,23	
Ambulant	0,22	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,45	
Nicht Direkt	0	

SP20 - Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer

Anzahl Vollkräfte: 1,61

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,28	
Ambulant	0,33	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,61	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 3,48

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

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,96	
Ambulant	0,52	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,48	
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: 0,08

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,07	
Ambulant	0,01	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,08	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 21,45

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,23	
Ambulant	3,22	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	21,45	
Nicht Direkt	0	

SP24 - Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 1,6

Kommentar: Die Psychologischen Psychotherapeut:innen verfügen ebenfalls über den Titel zum Diplom-Psycholog:innen.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,36	
Ambulant	0,24	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,6	
Nicht Direkt	0	

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

Anzahl Vollkräfte: 2,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,91	
Ambulant	0,34	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,25	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 3,2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,79	
Ambulant	0,49	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,28	
Nicht Direkt	0	

SP26 - Sozialpädagogin und Sozialpädagoge

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	

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 Patient:innen, ihrer Angehörigen, unserer Kooperationspartner aber auch der einweisenden Ärzt:innen und Mitarbeiter:in, 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 einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Michèle Holstein
Telefon	06151/403-5021
Fax	06151/403-5009
E-Mail	michele.holstein@agaplesion.de

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

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

Funktion	Qualitätsmanagementbeauftragte
Titel, Vorname, Name	Michèle Holstein
Telefon	06151/403-5021
Fax	06151/403-5009
E-Mail	michele.holstein@agaplesion.de

A-12.2.2 Lenkungsremium

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 der Einrichtungen statt.

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

- Geschäftsführer AGAPLESION ELISABETHENSTIFT; Risikomanager:in AGAPLESION
- 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.

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe

Lenkungsgremium / Steuerungsgruppe Ja - Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Beteiligte Abteilung / Funktionsbereich Ein Lenkungsgremium für das Risikomanagement mit definierten Mitgliedern, Aufgaben und Verantwortlichkeiten ist vorhanden.

Tagungsfrequenz des Gremiums halbjährlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

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 Managementbewertung AGA EinsA Qualitätsversprechen AGA Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen AGA Patientensicherheit AGA Risikomanagement
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		AGA Fort- und Weiterbildung AGA Dienstleistungsangebot e QMZ QMT-Schulungen; Schulungen im Dokumentenmanagementsystem roXtra; Audit-Schulungen; Schulungen im Bereich Risikomanagement und CIRS; Schulungen im Bereich Meinungsmanagement etc.
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter:innen beeinflusst wesentlich die Qualität unserer Einrichtung. Durch die regelmäßig stattfindende anonyme Mitarbeiterbefragung (AGA Mitarbeiterbefragung) haben alle Mitarbeiter eine weitere Möglichkeit sich aktiv einzubringen.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
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	<p>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.</p> <p>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.</p>

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM06	Sturzprophylaxe	Name: EKE Pflegestandard Sturzprophylaxe Datum: 04.05.2015	Bei jeder Neuaufnahme von Patient:innen 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 Patient:innen 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 Patient:innen 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 Patient:innen in die Lage zu versetzen Ihre medizinische Situation soweit zu verstehen, damit sie eine fundierte Entscheidung über die einzuschlagende medizinische Vorgehensweise partnerschaftlich treffen können.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
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.
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.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
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 Patient:innen 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 Patient:innen im Leitfaden Aufwachraum beschrieben.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM18	Entlassungsmanagement	Name: EKE Entlassmanagement Somatik Datum: 15.08.2016	<p>Das Entlassmanagement im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT Evangelisches Krankenhaus wurde auf der Grundlage des § 11 Abs. 4 SGB V etabliert, in dem es heißt:</p> <p>"(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 (...)."</p> <p>Dabei arbeitet das Überleitungs- und Entlassmanagement im AGAPLESION ELISABETHENSTIFT transparent, schnell, vollständig und kostengünstig.</p>

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinterne 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:in 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

Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich
Verbesserung Patientensicherheit	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	seit 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

Übergreifendes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	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	17

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	Mathias.Pfisterer@agaplesion.de

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 Antibiotikaphylaxe 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 Antibiotikaprofylaxe

Der Standard liegt vor Ja

1. Der Standard thematisiert insbesondere

a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe Ja

b) Zu verwendende Antibiotika Ja

c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe Ja

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

3. Antibiotikaprofylaxe 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 27,31 ml/Patiententag

Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen

- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben Ja

- Händedesinfektionsmittelverbrauch 109,03 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	Kommentar
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Präsenz und Intranet/E-Learning
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:innen 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.

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	Das Lob- und Beschwerdemanagement, unser sogenanntes Meinungsmanagement, orientiert sich an dem in der Literatur ausgewiesenen Beschwerdemanagementprozess. AGAPLESION hat sich bewusst für die Formulierung Meinungsmanagement entschieden, weil dieser Begriff sämtliche Meinungsäußerungen, wie Lob, Anregungen und Beschwerden umfasst.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Für die Meinungsstimulierung, Meinungsannahme, Meinungsbearbeitung und Meinungsauswertung liegt ein schriftliches, verbindliches konzernweites Konzept zum Beschwerdemanagement (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 Patient:innen, Angehörige oder Besucher:in 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 Patient:innen, Angehörige, Besucher:in und Mitarbeiter:in 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 birgit.steindecker@agaplesion.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

Funktion	Patientenfürsprecherin
Titel, Vorname, Name	Barbara Keilich
Telefon	06151/403-7630
E-Mail	Keilich.Barbara@agaplesion.de

Zusatzinformationen zu den Patientenfürsprecherinnen oder Patientenfürsprechern

Kommentar Sprechzeiten:
Ingrid Murr: donnerstags 10.30 bis 11.30 Uhr
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

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
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"> - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

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.

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar	Kommentar
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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses

Zugeordnete Notfallstufe Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung 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)

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

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? 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 Ärzt:innen und assoziierte Einrichtungen (z. B. Onkologen, Strahlentherapeuten, Pathologen, u. a.) Darmstadts und der Umgebung an. Auf diesem Weg wird auch die gegenseitige Überleitung der Patient:innen 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

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Martin C. Heidt
Telefon	06151/403-1001
Fax	06151/403-1009
E-Mail	Martin.Heidt@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Ansprechpartnerin
Titel, Vorname, Name	Sekretariat: Andrea Fiedler
Telefon	06151/403-1001
Fax	06151/403-1009
E-Mail	Andrea.Fielder@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

Leitender Oberarzt und Sektionsleiter Gastroenterologie
 Dr. med. Andreas Große
 (Innere Medizin, Gastroenterologie)
 Tel.: 06151 / 4 03 - 19 12 (Patientenmanagement)
 Fax: 06151 / 4 03 - 19 19
 E-Mail: andreas.grosse@agaplesion.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: jens.buettner@agaplesion.de

Oberarzt Klinik für Innere Medizin
Dr. med. Jan Niemeyer
(Innere Medizin, Gastroenterologie, Notfallmedizin)
E-Mail: jan.niemeyer@agaplesion.de

Oberarzt Klinik für Innere Medizin
Raphael Steegmanns
(Innere Medizin, Internistische Intensivmedizin, Kardiologie)
E-Mail: raphael.steegmanns@agaplesion.de

Oberarzt Klinik für Innere Medizin
Dr. med. Andreas Roseneck
(Innere Medizin, Gastroenterologie)
E-Mail: andreas.roseneck@agaplesion.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: kordula.ruetzel@agaplesion.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

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie Mathildenhöhe	Kommentar
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	Diagnostik bzw. Therapie: - Labordiagnostik - Antikoagulantientherapie - Selbstkontrolle der Antikoagulation
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	<p>In die Patientenbetreuung ist eine nephrologische Schwerpunktpraxis einbezogen (Konsiliarsystem). Auf der Interdisziplinären Intensivstation können auch folgende Behandlungen durchgeführt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dialysebehandlungen - Hämofiltration - Sonographie - MR-Angiographie (Radiologie)
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	<p>Diagnostik und Therapie solider Tumoren Knochenmarkszytologie, -biopsie Kooperation mit Facharztpraxis Pathologie und Schwerpunktzentrum</p>
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	<p>Die Klinik betreibt ein akkreditiertes (DGSM) Schlaflabor zur Diagnostik und Therapie von schlafbezogenen Atemstörungen, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einstellung auf druckunterstützte Beatmung (CPAP, BiPAP) - Multiple-Schlaflatenz-Tests - Maskenanpassung
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	<p>Diagnostik und Therapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>Diagnostik und Therapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duplexsonographie (Halsgefäße) - EEG
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	<p>Farbduplexsonographie MR-Angiographie (Radiologie)</p>

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)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Innere Medizin mit Interdisziplinärer Intensivstation, Sektion Gastroenterologie, Schwerpunkt Pneumologie und Kardiologie Mathildenhöhe	Kommentar
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
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	4323
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

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I50	294	Herzschwäche
2	J44	198	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
3	J18	165	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
4	G47	156	Schlafstörung
5	I70	143	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
6	J12	134	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren
7	K29	117	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
8	I48	108	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
9	E11	99	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
10	N39	81	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
11	K57	78	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
12	K22	75	Sonstige Krankheit der Speiseröhre
13	A09	72	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
14	R55	64	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
15	K85	61	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Prozeduren bzw. Operationen der Fachabteilung.

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-984	1681	Pflegebedürftigkeit
2	1-632	1382	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
3	8-930	994	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
4	8-98g	824	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
5	1-440	630	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
6	8-980	609	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)
7	1-63b	595	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung
8	1-650	575	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
9	1-653	573	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung
10	8-800	460	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
11	8-831	454	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
12	8-83b	428	Zusatzinformationen zu Materialien
13	1-710	417	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
14	1-790	364	Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes
15	1-711	335	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird
16	1-713	329	Messung der in der Lunge verbleibenden Luft nach normaler Ausatmung mit der Helium-Verdünnungsmethode
17	5-513	306	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung
18	1-655	283	Spezialfärbung der Dünn- und Dickdarmschleimhaut und der Schleimhaut des Afters während einer Spiegelung
19	8-121	272	Darmspülung
20	8-836	231	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)
21	8-931	213	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)
22	5-452	212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
23	1-642	210	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsendgänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms
24	5-469	191	Sonstige Operation am Darm
25	3-035	177	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung
26	1-620	171	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung
27	8-717	170	Einrichtung und Anpassung des Beatmungsgeräts zur Behandlung von Atemstörungen während des Schlafes
28	1-444	169	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
29	1-275	130	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
30	1-844	122	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel
31	8-854	116	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse
32	8-706	109	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung
33	8-701	105	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation
34	8-152	101	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit
35	1-266	100	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
36	1-654	97	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung
37	5-399	95	Sonstige Operation an Blutgefäßen
38	5-429	90	Sonstige Operation an der Speiseröhre
39	3-055	89	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre
40	8-837	89	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
41	8-840	85	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stents) in Blutgefäße
42	3-052	84	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE
43	9-200	81	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
44	8-144	78	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)
45	8-640	76	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation
46	3-056	75	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre
47	8-835	75	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen
48	8-812	69	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen
49	5-449	62	Sonstige Operation am Magen
50	8-987	61	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern
51	1-442	60	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall
52	3-05a	57	Ultraschall des Gewebes hinter der Bauchhöhle mit Zugang über die Speiseröhre
53	1-651	56	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung
54	5-377	46	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)
55	1-992	43	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs
56	1-853	42	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeatnahme mit einer Nadel
57	5-433	41	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Magens
58	1-268	37	Elektrische Vermessung des Herzens zur Suche nach Ursachen einer Herzrhythmusstörung - Kardiales Mapping
59	8-153	37	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit
60	8-771	35	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung
61	1-265	31	Messung elektrischer Herzströme mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) - EPU
62	5-900	29	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht
63	1-447	28	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Bauchspeicheldrüse mit einer feinen Nadel unter Ultraschallkontrolle
64	5-489	28	Sonstige Operation am Mastdarm (Rektum)
65	8-100	28	Fremdkörperentfernung durch Spiegelung
66	1-426	26	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphdrüsen, Milz bzw. Thymusdrüse durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall
67	1-63a	25	Untersuchung des Dünndarms durch Schlucken einer in eine Kapsel eingebrachten Kamera

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
68	8-841	24	Einpflanzen von medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stents) in Blutgefäße
69	1-652	23	Untersuchung des Darmes durch eine Spiegelung über einen künstlichen Darmausgang
70	5-526	23	Operation am Bauchspeicheldrüsengang bei einer Magenspiegelung
71	1-445	22	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberen Verdauungstrakt mit einer feinen Nadel unter Ultraschallkontrolle
72	1-274	20	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) durch die Herzscheidewand
73	5-451	20	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dünndarms
74	3-051	19	Ultraschall der Speiseröhre mit Zugang über den Mund
75	8-779	18	Sonstige Wiederbelebungsmaßnahmen
76	5-422	16	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Speiseröhre
77	5-431	16	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung
78	3-053	15	Ultraschall des Magens mit Zugang über die Speiseröhre
79	1-636	14	Untersuchung des Dünndarmabschnitts unterhalb des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
80	8-132	14	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase
81	1-448	12	Endosonographische Feinnadelpunktion am hepatobiliären System
82	5-493	12	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
83	1-430	10	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen bei einer Spiegelung
84	3-054	10	Ultraschall des Zwölffingerdarms mit Zugang über die Speiseröhre
85	5-514	10	Sonstige Operation an den Gallengängen
86	8-128	10	Anwendung eines Systems zur Ableitung von Stuhl
87	8-542	10	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut
88	1-494	9	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus sonstigen Organen bzw. Geweben durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall
89	1-630	9	Untersuchung der Speiseröhre durch eine Spiegelung
90	1-661	9	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung
91	5-511	9	Operative Entfernung der Gallenblase
92	8-123	9	Wechsel oder Entfernung einer durch die Haut in den Magen gelegten Ernährungssonde
93	8-642	9	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen eingepflanzten Herzschrittmacher
94	1-424	8	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt
95	5-892	8	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut
96	8-148	8	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in sonstige Organen bzw. Geweben zur Ableitung von Flüssigkeit
97	1-715	7	Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
98	3-031	7	Umfassende Ultraschalluntersuchung des Herzens (Echokardiographie) durch Ansetzen des Ultraschallkopfes auf den Brustkorb (transthorakal) bei körperlicher Belastung
99	5-482	7	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After
100	6-002	7	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs
101	8-855	7	Blutreinigung außerhalb des Körpers durch ein Kombinationsverfahren von Blutentgiftung und Blutwäsche
102	1-207	6	Messung der Gehirnströme - EEG
103	1-480	6	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochen mit einer Nadel
104	1-631	6	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung
105	1-712	6	Messung der Zusammensetzung der Atemluft in Ruhe und unter körperlicher Belastung
106	5-455	6	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms
107	1-635	5	Untersuchung des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
108	1-640	5	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms
109	5-311	5	Anlegen eines vorübergehenden, künstlichen Luftröhrenausganges
110	8-810	5	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen
111	1-279	4	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)
112	1-432	4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall
113	1-795	4	Messung der Tagesmüdigkeit bzw. Wachbleibtest - MSLT bzw. MWT
114	3-05c	4	Ultraschall der männlichen Geschlechtsorgane mit Zugang über Harnröhre oder After
115	5-529	4	Sonstige Operation an der Bauchspeicheldrüse bzw. dem Bauchspeicheldrüsengang
116	5-98c	4	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme
117	8-146	4	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in Organe des Bauchraumes zur Ableitung von Flüssigkeit
118	8-390	4	Behandlung durch spezielle Formen der Lagerung eines Patienten im Bett, z.B. Lagerung im Schlingentisch oder im Spezialbett
119	8-607	4	Behandlung durch Unterkühlung zur Verringerung des Sauerstoffbedarfs
120	8-842	4	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stent-Graft) mit bedeckten Maschen in Blutgefäße
121	1-204	< 4	Untersuchung der Hirnwasserräume
122	1-273	< 4	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
123	1-316	< 4	Säuremessung in der Speiseröhre
124	1-408	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus hormonproduzierenden Organen unter Ultraschallkontrolle

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
125	1-425	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphdrüsen, Milz bzw. Thymusdrüse mit einer Nadel durch die Haut
126	1-441	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber, den Gallenwegen bzw. der Bauchspeicheldrüse mit einer Nadel durch die Haut
127	1-446	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt mit einer feinen Nadel unter Ultraschallkontrolle
128	1-464	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm
129	1-465	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall
130	1-481	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochen ohne operativen Einschnitt mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall
131	1-490	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Haut bzw. Unterhaut ohne operativen Einschnitt
132	1-492	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall
133	1-493	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus sonstigen Organen bzw. Geweben mit einer Nadel
134	1-552	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Gallenblase bzw. Gallengängen durch operativen Einschnitt
135	1-559	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus sonstigen Verdauungsorganen, dem Bauchfell (Peritoneum) bzw. dem dahinter liegenden Gewebe (Retroperitoneum) durch operativen Einschnitt
136	1-638	< 4	Untersuchung des oberen Verdauungstraktes durch eine Spiegelung über einen künstlichen Darmausgang
137	1-641	< 4	Untersuchung der Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms
138	1-656	< 4	Untersuchung des Grimmdarms (Kolon) durch Schlucken einer in eine Kapsel eingebrachten Kamera
139	1-693	< 4	Untersuchung der Harnwege durch eine Spiegelung, die über einen operativen Einschnitt oder während einer Operation erfolgt
140	1-694	< 4	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung
141	1-771	< 4	Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen
142	1-791	< 4	Untersuchung von Herz- und Lungenvorgängen während des Schlafes
143	1-842	< 4	Untersuchung des Herzbeutels (Perikard) durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel
144	1-843	< 4	Untersuchung der Luftröhrenäste (Bronchien) durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel
145	1-845	< 4	Untersuchung der Leber durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel
146	1-850	< 4	Untersuchung eines flüssigkeitsgefüllten Gewebehohlraumes (Zyste) durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel[, nicht näher bezeichnet]

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
147	1-859	< 4	Sonstige Untersuchung durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel
148	1-999	< 4	Zusatzinformationen zu Untersuchungen
149	3-034	< 4	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Chefarztambulanz, Schwerpunkt: Innere Medizin - Kardiologie

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

Gastroenterologische/ Endoskopische Ambulanz

Ambulanzart	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)
Kommentar	auf Zuweisung durch Gastroenterologen

Gastroenterologische/ Endoskopische Ambulanz

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

Herzschrittmacherambulanz

Ambulanzart	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)
Kommentar	3 Monate nach Implantation eines Herz-Schrittmachers oder Defibrillators im Hause, darüber hinaus auf Überweisung von Fachärzten für Innere Medizin / Kardiologie

Internistische Ambulanz

Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
--------------------	-----------------------

Notaufnahme

Ambulanzart Notfallambulanz (24h) (AM08)

Pneumologische Ambulanz

Ambulanzart Privatambulanz (AM07)

Angeborene Leistung 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	155	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
2	5-452	61	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
3	1-444	44	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
4	1-275	7	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
5	3-605	< 4	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel
6	3-607	< 4	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel
7	5-377	< 4	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)
8	5-429	< 4	Sonstige Operation an der Speiseröhre

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: 32,95

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	29,98	
Ambulant	2,97	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,95	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 144,19613

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 10,67

Kommentar: Die anderen Ärzte befinden sich in der Weiterbildung.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,71	
Ambulant	0,96	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 445,21112

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	
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 31.12.2020 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: 67,37

Kommentar: Auf der Intensivstation werden ausschließlich examinierte Pflegekräfte eingesetzt.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	61,31	
Ambulant	6,06	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	62,67	
Nicht Direkt	4,7	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 70,51052

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,03

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,03	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,03	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 4197,08738

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: 0,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,73	
Ambulant	0,07	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 5921,91781

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 5,49

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5	
Ambulant	0,49	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,49	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 864,6

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,12

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,02	
Ambulant	0,1	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,12	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 4238,23529

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ02	Diplom
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ20	Praxisanleitung
PQ13	Hygienefachkraft

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
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 Brusttraums 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

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Thomas Schreyer
Telefon	06151/403-2101
Fax	06151/403-2109
E-Mail	Thomas.Schreyer@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf- Georg Str. 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Ansprechpartnerin
Titel, Vorname, Name	Sekretariat: Brigitte Staake
Telefon	06151/403-2101
Fax	06151/403-2109
E-Mail	Brigitte.Staake@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf- Georg Str. 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	

Leitender Oberarzt Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
 Dr. med. Klaus Jost
 Tel.: 06151 / 4 03 - 21 01
 Fax: 06151 / 4 03 - 21 09
 EMail: Jost.klaus.jost@agaplesion.de

Oberarzt Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
 Jonas Tecle
 EMail: jonas.tecle@agaplesion.de

Oberarzt Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
 Marc Schneider
 EMail: marc.schneider@agaplesion.de

Funktionsoberärztin Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
 Dr. med. Sabine Geck
 EMail: sabine.geck@agaplesion.de

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin

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	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin	Kommentar
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	Sowohl Ärzte des AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS als auch Konsilärzt:innen 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 Oberarmkopfprothesen 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	1445
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	216	Oberflächliche Verletzung des Kopfes
2	M17	128	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
3	S82	120	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
4	S52	107	Knochenbruch des Unterarmes
5	S72	88	Knochenbruch des Oberschenkels
6	M16	77	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
7	S42	77	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
8	S22	69	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
9	M23	59	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
10	S06	58	Verletzung des Schädelinneren
11	S32	46	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
12	S30	29	Oberflächliche Verletzung des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens
13	T84	28	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
14	S70	23	Oberflächliche Verletzung der Hüfte bzw. des Oberschenkels
15	M51	22	Sonstiger Bandscheibenschaden
16	M54	20	Rückenschmerzen
17	M75	16	Schulterverletzung
18	S83	16	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder
19	M66	15	Gelenkhaut- bzw. Sehnenriss ohne äußere Einwirkung
20	S20	15	Oberflächliche Verletzung im Bereich des Brustkorbes
21	M80	13	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose
22	T81	12	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen
23	L03	11	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone
24	S80	10	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels
25	M87	8	Absterben des Knochens

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
26	S02	8	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen
27	S43	8	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Schultergürtels
28	M25	7	Sonstige Gelenkrankheit
29	M70	7	Krankheit des Weichteilgewebes aufgrund Beanspruchung, Überbeanspruchung bzw. Druck
30	M00	6	Eitrige Gelenkentzündung
31	S12	6	Knochenbruch im Bereich des Halses
32	S13	6	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Halses
33	L02	5	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen
34	M19	5	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)
35	M21	5	Sonstige nicht angeborene Verformungen von Armen bzw. Beinen
36	S27	5	Verletzung sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Organe im Brustkorb
37	S92	5	Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes
38	M22	4	Krankheit der Kniescheibe
39	M84	4	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches
40	S61	4	Offene Wunde im Bereich des Handgelenkes bzw. der Hand
41	S76	4	Verletzung von Muskeln oder Sehnen in Höhe der Hüfte bzw. des Oberschenkels
42	S86	4	Verletzung von Muskeln bzw. Sehnen in Höhe des Unterschenkels
43	A28	< 4	Sonstige durch Tiere übertragene bakterielle Infektionskrankheit
44	B99	< 4	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit
45	C79	< 4	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen
46	D17	< 4	Gutartiger Tumor des Fettgewebes
47	E86	< 4	Flüssigkeitsmangel
48	G06	< 4	Abgekapselte eitrige Entzündungsherde (Abszesse) und entzündliche Knoten (Granulome) innerhalb des Schädels bzw. Wirbelkanals
49	G56	< 4	Funktionsstörung eines Nervs am Arm bzw. an der Hand
50	I50	< 4	Herzschwäche

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	256	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knocheile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
2	5-820	205	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
3	5-793	192	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
4	5-900	182	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht
5	5-790	171	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
6	5-822	136	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
7	5-812	131	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
8	5-810	88	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung
9	5-787	87	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
10	5-896	62	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
11	5-792	59	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens
12	5-869	49	Sonstige Operation an Knochen, Muskeln bzw. Gelenken
13	8-201	35	Nichtoperatives Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung ohne operative Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
14	8-98g	34	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
15	5-780	32	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit

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	166	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
2	5-812	126	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung
3	5-810	31	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung
4	5-814	28	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung
5	5-811	26	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
6	8-200	23	Nichtoperatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs ohne operative Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
7	5-056	17	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion
8	5-813	11	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung
9	5-790	9	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen
10	5-841	7	Operation an den Bändern der Hand
11	5-850	6	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen
12	8-201	6	Nichtoperatives Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung ohne operative Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
13	5-840	5	Operation an den Sehnen der Hand
14	5-796	4	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen
15	5-849	4	Sonstige Operation an der Hand

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:innen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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: 12,12

Kommentar: Es besteht eine Weiterbildungsmächtigung zum Facharzt "Allgemeine Chirurgie" über sechs Jahre (zusammen mit der Klinik für Allgemein Chirurgie) 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	9,7	
Ambulant	2,42	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	12,12	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 148,96907

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 5,41

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,33	
Ambulant	1,08	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,41	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 333,71824

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
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:innen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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: 22,72

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 Patient:innen.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	18,18	
Ambulant	4,54	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	22,12	
Nicht Direkt	0,6	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 79,48295

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: 1,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,3	
Ambulant	0,33	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,63	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 1111,53846

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 9,35

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,48	
Ambulant	1,87	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,35	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 193,18182

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,54	
Ambulant	0,13	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,67	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 2675,92593

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

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

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	
ZP18	Dekubitusmanagement	

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

Fachabteilung	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Fachabteilungsschlüssel	1500 3600 3618 3757
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Guido Woeste
Telefon	06151/403-2001
Fax	06151/403-2009
E-Mail	Guido.Woeste@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Ansprechpartnerin
Titel, Vorname, Name	Sekretariat: Brigitte Flach
Telefon	06151/403-2001
Fax	06151/403-2009
E-Mail	Brigitte.Flach@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

Leitender Oberarzt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
 Dr. med. Michael Krauß
 E-Mail: michael.krauss@agaplesion.de

Oberärztin Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
 Dr. med. Sibille Zimmer
 E-Mail: sibille.zimmer@agaplesion.de

Oberärztin Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
 Dr. med. Eva Hofmann
 E-Mail: eva.hofmann@agaplesion.de

Oberarzt Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
 Guido Hanisch
 E-Mail: guido.hanisch@agaplesion.de

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

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 Patient:innen 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.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote - Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	Kommentar
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
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	1346
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

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	K80	218	Gallensteinleiden
2	K57	124	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose
3	K35	108	Akute Blinddarmentzündung
4	K40	96	Leistenbruch (Hernie)
5	E04	79	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse
6	K43	54	Bauchwandbruch (Hernie)
7	C18	42	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
8	C20	41	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
9	K56	37	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch
10	R10	35	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
11	K64	34	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose
12	K60	33	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms
13	K59	28	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall
14	L02	25	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen
15	K42	23	Nabelbruch (Hernie)

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

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-511	226	Operative Entfernung der Gallenblase
2	5-469	166	Sonstige Operation am Darm
3	5-069	132	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen
4	5-455	128	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms
5	5-916	114	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz
6	5-470	110	Operative Entfernung des Blinddarms
7	5-530	95	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
8	5-061	62	Operative Entfernung einer Schilddrüsenhälfte
9	5-493	62	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
10	5-534	58	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)
11	5-536	56	Operativer Verschluss eines Narbenbruchs (Hernie)
12	5-063	49	Operative Entfernung der Schilddrüse

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
13	5-454	46	Operative Dünndarmentfernung
14	5-490	46	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Anus
15	5-484	33	Operative Mastdarmentfernung (Rektumresektion) mit Beibehaltung des Schließmuskels

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Notaufnahme am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT EVANGELISCHES KRANKENHAUS

Ambulanzart	Notfallambulanz (24h) (AM08)
Kommentar	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

Ambulanzart	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (AM11)
Kommentar	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: - Darmsprechstunde - Herniensprechstunde - Schilddrüsenprechstunde.

Chefarztsprechstunde

Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
--------------------	-----------------------

AGAPLESION ELISABETHENSTIFT MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM - Zentrum für Enddarm-Leiden

Ambulanzart	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (AM10)
Kommentar	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	37	Sonstige Operation an Blutgefäßen
2	5-492	11	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges
3	5-493	11	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
4	5-850	5	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen
5	1-586	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphknoten durch operativen Einschnitt
6	5-401	< 4	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße
7	5-452	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	5-482	< 4	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After
9	5-491	< 4	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)
10	5-530	< 4	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)
11	5-534	< 4	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)
12	5-535	< 4	Operativer Verschluss eines Magenbruchs (Hernie)
13	5-852	< 4	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen
14	5-897	< 4	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)

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:innen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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: 13,02

Kommentar: Es besteht eine Weiterbildungsmächtigung 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	11,33	
Ambulant	1,69	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,02	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 118,79965

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 7,52

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,54	
Ambulant	0,98	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,52	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 205,8104

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:innen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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: 12,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	10,45	
Ambulant	1,57	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,75	
Nicht Direkt	1,27	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 128,80383

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 2,34

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,04	
Ambulant	0,3	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,34	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 659,80392

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,38

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,33	
Ambulant	0,05	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,38	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 4078,78788

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

Fachabteilung	Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Fachabteilungsschlüssel	2900
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Andreas Fellgiebel
Telefon	06151/403-4001
Fax	06151/403-4009
E-Mail	Andreas.Fellgiebel@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Ansprechpartnerin
Titel, Vorname, Name	Sekretariat: Marita Schönemann
Telefon	06151/403-4001
Fax	06151/403-4009
E-Mail	psych-sekretariat.eke@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

Leitender Oberarzt Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Christoph Schindlmayr

Tel.: 06151 / 4 03 - 40 02

Fax: 06151 / 4 03 - 40 09

E-Mail: christopf.schindlmayr@agaplesion.de

Gerontopsychiatrische Tagesklinik:
Oberarzt: Christoph Schindlmayr
EMail: schindlmayr.christoph@eke-da.de
Tel.: 06151 / 4 03 - 43 00
EMail: GerPsychTK@agaplesion.de

Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik:
Ärztlicher Leiter
Alexander Goncharov
Tel.: 06151 / 4 03 - 48 00
Fax: 06151 / 4 03 - 48 09
EMail: alexander.goncharov@agaplesion.de

Psychiatrische Institutsambulanz:
Oberärztin
Dr. med. Andrea Steffen
Tel.: 06151 / 4 03 - 46 01
EMail: andrea.steffen@agaplesion.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	1079
Teilstationäre Fallzahl	0

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	F10	304	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
2	F20	152	Schizophrenie
3	F33	120	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit
4	F32	108	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode
5	F25	51	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung
6	F31	49	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit
7	F43	45	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
8	F12	29	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana
9	F60	26	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung
10	F06	23	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
11	F23	21	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust
12	G30	21	Alzheimer-Krankheit
13	F61	19	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens
14	F19	14	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen
15	F11	11	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphinum verwandt sind (Opioide)

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	9-649	6637	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
2	9-607	1201	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
3	9-401	931	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
4	9-618	772	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen
5	9-617	766	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal
6	9-619	347	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen
7	9-984	207	Pflegebedürftigkeit

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	9-626	130	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9	1-207	105	Messung der Gehirnströme - EEG
10	9-61a	92	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen
11	9-980	86	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie
12	8-630	76	Medizinische Behandlung mit Auslösung eines Krampfanfalles zur Behandlung bestimmter psychischer Störungen - Elektrokrampftherapie
13	9-981	31	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke
14	8-98g	25	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
15	6-006	22	Applikation von Medikamenten, Liste 6

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

AGAPLESION ELISABETHENSTIFT MEDIZINISCHES VERSORGUNGSZENTRUM - Neuro-Psychiatrische Praxis

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

Chefartzambulanz

Ambulanzart	Privatambulanz (AM07)
--------------------	-----------------------

Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

Ambulanzart	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:innen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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: 14,12

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	12	
Ambulant	2,12	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,12	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 89,91667

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 3,65

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	3,1	
Ambulant	0,55	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,65	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 348,06452

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:innen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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: 55,22

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	46,93	
Ambulant	8,29	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	54,91	
Nicht Direkt	0,31	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 22,99169

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 9,14

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	7,77	
Ambulant	1,37	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,14	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 138,86744

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 3,11

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,64	
Ambulant	0,47	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,11	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 408,71212

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs
Personal in Fachabteilung
Anzahl Vollkräfte: 6,12

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,2	
Ambulant	0,92	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,12	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 207,5

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: 4,05
Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,44	
Ambulant	0,61	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,05	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 313,66279

Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,6

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,36	
Ambulant	0,24	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,6	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 793,38235

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

Anzahl Vollkräfte: 2,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,91	
Ambulant	0,34	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,25	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 564,92147

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 6,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,35	
Ambulant	0,95	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,3	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 201,68224

Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Anzahl Vollkräfte: 1,91

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,62	
Ambulant	0,29	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,91	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 666,04938

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Anzahl Personen: 4,69

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,99	
Ambulant	0,7	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,69	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 270,42607

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

Fachabteilung	Psychiatrische Tagesklinik
Fachabteilungsschlüssel	2960
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Andreas Fellgiebel
Telefon	06151/403-4001
Fax	06151/403-4009
E-Mail	Andreas.Fellgiebel@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt

Homepage

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Ansprechpartnerin
Titel, Vorname, Name	Sekretariat: Marita Schönemann
Telefon	06151/403-4001
Fax	06151/403-4009
E-Mail	psych-sekretariat.eke@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

Oberarzt
Alexander Goncharov (Funktionsoberarzt)
Email: alexander.goncharov@agaplesion.de

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG 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	91

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	771	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
2	9-607	73	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
3	9-980	4	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie
4	1-207	< 4	Messung der Gehirnströme - EEG
5	9-626	< 4	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
6	9-984	< 4	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.

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:innen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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: 7,84

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	0,6	
Ambulant	7,24	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	7,84	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften
Anzahl Vollkräfte: 4,19

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,6	
Ambulant	3,59	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,19	
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:innen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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: 0,91

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	0,91	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,91	
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
PQ02	Diplom

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement

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 Patient:innen 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

Fachabteilung	Gerontopsychiatrische Tagesklinik
Fachabteilungsschlüssel	2951
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. med. Andreas Fellgiebel
Telefon	06151/403-4001
Fax	06151/403-4009
E-Mail	Andreas.Fellgiebel@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg Strasse 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Ansprechpartnerin
Titel, Vorname, Name	Sekretariat: Marita Schönemann
Telefon	06151/403-4001
Fax	06151/403-4009
E-Mail	psych-sekretariat.eke@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

Oberarzt
Christoph Schindlmayr
Email: christoph.schindlmayr@agaplesion.de

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG 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

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	20

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	160	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen
2	9-607	15	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
3	9-984	4	Pflegebedürftigkeit
4	1-207	< 4	Messung der Gehirnströme - EEG
5	9-982	< 4	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Psychiatrie für ältere Menschen

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-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

Zulassung vorhanden	
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:innen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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: 0,7

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	0,7	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,7	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-6.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter:innen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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: 0,57

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	0,57	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,57	
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

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Mathias Pfisterer
Telefon	06151/403-3001
Fax	06151/403-3009
E-Mail	Mathias.Pfisterer@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Ansprechpartnerin
Titel, Vorname, Name	Sekretariat: Gabriele Failer
Telefon	06151/403-3001
Fax	06151/403-3009
E-Mail	Gabriele.Failer@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

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

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

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

Funktionsoberärztin Klinik für Geriatrische Medizin
Elvira Steinmann
(Innere Medizin)
E-Mail: steinmann.elvira@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	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote Klinik für Geriatrische Medizin	Kommentar
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 mult morbiden hochaltrigen Patienten	Mit Schlaganfall nach Sturz, Immobilisationssyndrom, Frakturen der unteren Extremitäten, Parkinson, Herzinsuffizienz und Demenz.
VX00	Geriatrische Stroke Unit	
VX00	Diagnostik und Therapie der Demenzerkrankung	

B-7.5 Fallzahlen Klinik für Geriatrische Medizin

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	1250
Teilstationäre Fallzahl	0

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	S72	398	Knochenbruch des Oberschenkels
2	S32	111	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
3	M80	48	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose
4	I50	43	Herzschwäche
5	S22	38	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
6	J18	34	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
7	M16	28	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
8	R26	27	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit
9	S42	20	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
10	M17	19	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
11	C18	18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
12	I63	17	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
13	E86	15	Flüssigkeitsmangel
14	T84	15	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
15	I21	14	Akuter Herzinfarkt

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	1157	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen
2	9-984	515	Pflegebedürftigkeit
3	8-98g	102	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
4	9-200	99	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
5	1-771	88	Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen
6	8-121	10	Darmspülung
7	8-987	7	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern
8	8-132	4	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase
9	8-133	4	Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke
10	1-770	< 4	Fachübergreifende Vorsorge und Basisuntersuchung von alten Menschen
11	5-024	< 4	Erneuerung oder Entfernung einer künstlichen Ableitung des Hirnwassers
12	5-572	< 4	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung
13	8-020	< 4	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken
14	8-138	< 4	Wechsel bzw. Entfernung eines Schlauchs (Katheter) in der Niere zur Ableitung von Urin über die Bauchdecke
15	8-151	< 4	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in Gehirn, Rückenmark oder im Bereich des Auges mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit

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:innen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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: 13,82

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	13,68	
Ambulant	0,14	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	13,82	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 91,37427

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 4,8

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,75	
Ambulant	0,05	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,8	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 263,15789

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:innen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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: 32,33

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	32,01	
Ambulant	0,32	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	32,33	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 39,0503

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 6,72

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,65	
Ambulant	0,07	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,72	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 187,96992

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: 5,48

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,43	
Ambulant	0,05	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,48	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 230,20258

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 14,76

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,61	
Ambulant	0,15	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,76	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 85,55784

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: 459,55882

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ20	Praxisanleitung
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ13	Hygienefachkraft
PQ01	Bachelor
PQ07	Pflege in der Onkologie

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	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

B-7.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

B-8 Zentrum für Palliativmedizin/ Besondere Einrichtung

B-8.1 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 Schwerstkranken schützend umhüllen.

Die Palliativmedizin wendet sich an schwerkranke Patient:innen 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 Patient:innen 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 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

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Mathias Pfisterer
Telefon	06151/403-3001
Fax	06151/403-3009
E-Mail	Mathias.Pfisterer@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Ansprechpartnerin
Titel, Vorname, Name	Sekretariat: Gabriele Failer
Telefon	06151/403-3001
Fax	06151/403-3009
E-Mail	Gabriele.Failer@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
-----------------------------------	----

B-8.3 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-8.5 Fallzahlen - Zentrum für Palliativmedizin/ Besondere Einrichtung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	162
Teilstationäre Fallzahl	0

B-8.6 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-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	C34	18	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs
2	C25	10	Bauchspeicheldrüsenkrebs
3	C18	9	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)
4	I50	9	Herzschwäche
5	C22	7	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge
6	J18	7	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
7	C80	6	Krebs ohne Angabe der Körperregion
8	C15	5	Speiseröhrenkrebs
9	C61	5	Prostatakrebs
10	C16	4	Magenkrebs
11	C20	4	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs
12	C50	4	Brustkrebs
13	C67	4	Harnblasenkrebs
14	A04	< 4	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
15	A09	< 4	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
16	B99	< 4	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit
17	C04	< 4	Mundbodenkrebs
18	C21	< 4	Dickdarmkrebs im Bereich des Afters bzw. des Darmausgangs
19	C32	< 4	Kehlkopfkrebs
20	C43	< 4	Schwarzer Hautkrebs - Malignes Melanom
21	C54	< 4	Gebärmutterkrebs
22	C56	< 4	Eierstockkrebs
23	C57	< 4	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter weiblicher Geschlechtsorgane
24	C64	< 4	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs
25	C65	< 4	Nierenbeckenkrebs
26	C71	< 4	Gehirnkrebs
27	C79	< 4	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen
28	C85	< 4	Sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Typ von Lymphknotenkrebs (Non-Hodgkin-Lymphom)
29	C91	< 4	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)
30	D46	< 4	Krankheit des Knochenmarks mit gestörter Blutbildung - Myelodysplastisches Syndrom
31	D73	< 4	Krankheit der Milz
32	E22	< 4	Überfunktion der Hirnanhangsdrüse
33	E86	< 4	Flüssigkeitsmangel

B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-98e	156	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
2	9-984	122	Pflegebedürftigkeit
3	8-98g	8	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
4	8-152	6	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit
5	1-630	< 4	Untersuchung der Speiseröhre durch eine Spiegelung
6	1-63b	< 4	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung
7	1-842	< 4	Untersuchung des Herzbeutels (Perikard) durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
8	1-853	< 4	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel
9	5-429	< 4	Sonstige Operation an der Speiseröhre
10	5-900	< 4	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht
11	8-121	< 4	Darmspülung
12	8-132	< 4	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase
13	8-144	< 4	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)
14	8-153	< 4	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit
15	8-527	< 4	Herstellen bzw. Anpassen von Hilfsmitteln zur Strahlenbehandlung
16	8-529	< 4	Planung der Strahlenbehandlung für die Bestrahlung durch die Haut bzw. die örtliche Bestrahlung
17	8-987	< 4	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern

B-8.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

Entfällt

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:in stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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: 3,47

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	0,5	
Ambulant	2,97	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,47	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 324
Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften
Anzahl Vollkräfte: 3,97

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	2,97	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,97	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 162

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-8.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter:in stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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: 10,62

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,77	
Ambulant	4,85	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	10,62	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 28,07626

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

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: 162

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

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: 162

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-8.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-9 Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

B-9.1 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:innen in einem leistungsstarken Team.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Marc Winetzhammer
Telefon	06151/403-6205
Fax	06151/403-6209
E-Mail	Marc.Winetzhammer@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Ansprechpartnerin
Titel, Vorname, Name	Sekretariat: Constanze Delp
Telefon	06151/403-6205
Fax	06151/403-6209
E-Mail	Constanze.Delp@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

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-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG Ja

B-9.3 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-9.5 Fallzahlen - Zentrum für Anästhesie, OP und Schmerztherapie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu.

B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die folgenden Angaben zur Anzahl der MitarbeiterInnen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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: 6,29

Kommentar: Weiterbildungsermächtigung für das Fach Anästhesiologie für zwei Jahre.

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,29	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,29

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,29	
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-9.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter:innen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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: 16,36

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	16,36	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	15,19	
Nicht Direkt	1,17	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,75	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 0

Medizinische Fachangestellte 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
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-9.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Nur qualifizierte ärztliche und pflegerische Mitarbeiter, s.o.

B-10 Abteilung für Radiologie

B-10.1 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

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

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Standortleiter Radiologie
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Henrik Thoms
Telefon	06151/403-6001
Fax	06151/403-6009
E-Mail	info@radiologie-darmstadt.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-10.3 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-10.5 Fallzahlen - Abteilung für Radiologie

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft auf diese Fachabteilung nicht zu.

B-10.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

B-10.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

Entfällt

B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-10.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	3-200	1635	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
2	3-225	1025	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
3	3-222	771	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
4	3-202	710	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel
5	3-207	355	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel
6	3-205	319	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel
7	3-605	262	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel
8	3-206	259	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel
9	3-203	214	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
10	3-607	181	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel
11	3-800	118	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel
12	3-802	108	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel
13	3-825	99	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel
14	3-820	77	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel
15	3-843	66	Kernspintomographie (MRT) der Gallenwege und Ausführungswege der Bauchspeicheldrüse mit Kontrastmittel
16	3-13b	48	Röntgendarstellung der Magen-Darm-Durchgängigkeit
17	3-137	40	Röntgendarstellung der Speiseröhre mit Kontrastmittel
18	3-805	37	Kernspintomographie (MRT) des Beckens ohne Kontrastmittel
19	3-221	32	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel
20	3-806	30	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel
21	3-13a	22	Röntgendarstellung des Dickdarms mit Kontrastmitteleinlauf
22	3-226	21	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel
23	3-804	19	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes ohne Kontrastmittel
24	3-823	17	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel
25	3-220	15	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel
26	3-82a	15	Kernspintomographie (MRT) des Beckens mit Kontrastmittel

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
27	3-13c	14	Röntgendarstellung der Gallenwege mit Kontrastmittel
28	3-201	11	Computertomographie (CT) des Halses ohne Kontrastmittel
29	3-227	11	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelettsystems mit Kontrastmittel
30	3-20x	8	Sonstige Computertomographie (CT) ohne Kontrastmittel

B-10.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

Entfällt

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Zulassung vorhanden

Ärztin oder Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

Nein

Stationäre BG-Zulassung vorhanden

Nein

B-10.11 Personelle Ausstattung

B-10.11.1 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 Ärzt:innen 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-10.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter:innen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-10.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

B-11 Belegabteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

B-11.1 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. Die Konsilärzte erbringen notwendige HNO-spezifische diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei stationären Patient:innen aller Fachabteilungen.

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung

Fachabteilung	Belegabteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Fachabteilungsschlüssel	2600
Art	Belegabteilung

Ärztliche Leitung

Belegärztin oder Belegarzt

Funktion	Belegärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Mihaela Stastny
Telefon	06151/403-1910
E-Mail	Patientenmanagement.eke@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

Belegärztin oder Belegarzt

Funktion	Konsilärztin
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Julia Brandstätter
Telefon	06151/403-1910
E-Mail	Patientenmanagement.eke@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

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

B-11.3 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-11.5 Fallzahlen Belegabteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	36
Teilstationäre Fallzahl	0

B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-11.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	J35	29	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln
2	J32	5	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung
3	J34	< 4	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen

B-11.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-11.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	5-281	23	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie
2	8-171	19	Behandlung durch Spülung (Lavage) des Ohres
3	8-500	10	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)
4	1-610	9	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung
5	5-215	7	Operation an der unteren Nasenmuschel
6	5-214	6	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand
7	5-224	6	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen
8	5-282	6	Operative Entfernung von Gaumen- und Rachenmandeln
9	5-294	4	Sonstige wiederherstellende Operation am Rachen
10	1-242	< 4	Messung des Hörvermögens - Audiometrie
11	1-410	< 4	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Ohrmuschel ohne operativen Einschnitt
12	1-611	< 4	Untersuchung des Rachens durch eine Spiegelung
13	1-612	< 4	Untersuchung der Nase durch eine Spiegelung
14	5-210	< 4	Operative Behandlung bei Nasenbluten

B-11.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

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

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

Anzahl: 1

Anzahl stationäre Fälle je Person: 36

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

B-11.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter:innen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

B-11.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

B-12 Geriatrische Tagesklinik

B-12.1 Allgemeine Angaben Geriatrische Tagesklinik

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Geriatrische Tagesklinik
Fachabteilungsschlüssel	0260
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	PD Dr. med. Mathias Pfisterer
Telefon	06151/403-3001
Fax	06151/403-3009
E-Mail	Mathias.Pfisterer@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

Chefärztin oder Chefarzt

Funktion	Ansprechpartnerin
Titel, Vorname, Name	Sekretariat: Gabriele Failer
Telefon	06151/403-3001
Fax	06151/403-3009
E-Mail	Gabriele.Failer@agaplesion.de
Straße/Nr	Landgraf-Georg-Straße 100
PLZ/Ort	64287 Darmstadt
Homepage	http://www.agaplesion-elisabethenstift.de/

B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen

Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja
-----------------------------------	----

B-12.3 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 mult morbiden hochaltrigen Patienten	Mit Schlaganfall nach Sturz, Immobilisationssyndrom, Frakturen der unteren Extremitäten, Parkinson, Herzinsuffizienz und Demenz.

B-12.5 Fallzahlen Geriatrische Tagesklinik

Fallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	129

B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-12.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-98a	1457	Umfassende Behandlung älterer Patienten, die teilweise im Krankenhaus erfolgt
2	9-984	96	Pflegebedürftigkeit

B-12.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

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

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter:innen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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-12.11.2 Pflegepersonal

Die folgenden Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter:innen stellen die Stellenbesetzung zum 31.12.2020 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: 1,24

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	1,24	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,24	
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-12.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	358	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Geburtshilfe (16/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien) (15/1)	< 4	< 4	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	43	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	< 4	< 4	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Hüftendoprothesenversorgung (HEP)	211	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur (HEP_IMP)	210	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (HEP_WE)	< 4	< 4	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (17/1)	93	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	< 4	< 4	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Karotis-Revaskularisation (10/2)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Knieendoprothesenversorgung (KEP)	139	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen (KEP_IMP)	137	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und – komponentenwechsel (KEP_WE)	< 4	< 4	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Mammachirurgie (18/1)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Neonatalogie (NEO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	399	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ¹	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_ENDO)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Zählleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation (HCH_AORT_KATH_TRAPI)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herztransplantation (HTXM_TX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (HTXM_MKU)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Leberlebendspende (LLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Lebertransplantation (LTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation (LUTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierenlebendspende (NLS)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Nierentransplantation (PNTX) ²	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation (PNTX)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.
Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (PCI_LKG)	108	100,0	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet

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 bzw. durch das Stellungnahmeverfahren bedürfen oder für die eine Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens bereits vorliegt

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	2005
Grundgesamtheit	358
Beobachtete Ereignisse	354
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,88%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,73 - 98,81%

²In den Leistungsbereichen Nierentransplantation und Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.

Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,16 - 99,56%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232000_2005
Grundgesamtheit	236
Beobachtete Ereignisse	232
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,31%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,63 - 98,73%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,72 - 99,34%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2006
Grundgesamtheit	341
Beobachtete Ereignisse	337
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,83%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,79 - 98,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,02 - 99,54%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)

Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232001_2006
Grundgesamtheit	228
Beobachtete Ereignisse	224
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,25%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,69 - 98,80%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,58 - 99,32%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
Ergebnis-ID	2007
Grundgesamtheit	17
Beobachtete Ereignisse	17
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,25 - 97,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	81,57 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232002_2007
Grundgesamtheit	8

Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,41 - 97,26%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	67,56 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	2009
Grundgesamtheit	201
Beobachtete Ereignisse	190
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,53%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,08 - 93,34%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	90,47 - 96,92%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Bezeichnung der Kennzahl	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden).
Ergebnis-ID	232003_2009
Grundgesamtheit	301
Beobachtete Ereignisse	211
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	70,10%
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	82,89 - 83,19%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	64,70 - 74,99%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Frühmobilisation nach Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen
Ergebnis-ID	2013
Grundgesamtheit	135
Beobachtete Ereignisse	120
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	88,89%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,49 - 92,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	82,48 - 93,15%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Bezeichnung der Kennzahl	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232004_2013
Grundgesamtheit	86
Beobachtete Ereignisse	75
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	87,21%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,52 - 92,87%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	78,53 - 92,71%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist
Ergebnis-ID	2028
Grundgesamtheit	193
Beobachtete Ereignisse	189
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,93%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,41 - 96,58%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,79 - 99,19%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232005_2028
Grundgesamtheit	121
Beobachtete Ereignisse	119
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,35%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,77 - 96,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,17 - 99,55%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
Ergebnis-ID	2036
Grundgesamtheit	188

Beobachtete Ereignisse	181
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,28%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,62 - 98,73%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	92,51 - 98,18%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19- Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232006_2036
Grundgesamtheit	118
Beobachtete Ereignisse	111
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	94,07%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,57 - 98,71%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	88,26 - 97,10%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
Ergebnis-ID	50722
Grundgesamtheit	350
Beobachtete Ereignisse	336
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	96,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,69 - 96,82%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	93,40 - 97,60%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Bezeichnung der Kennzahl	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19- Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	232009_50722
Grundgesamtheit	231
Beobachtete Ereignisse	226
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,84%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,63 - 96,79%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,03 - 99,07%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	50778
Grundgesamtheit	208
Beobachtete Ereignisse	32
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,64
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,98 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,18 - 2,22
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	232007_50778
Grundgesamtheit	315

Beobachtete Ereignisse	52
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,67
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,29 - 2,12
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde.
Ergebnis-ID	232010_50778
Grundgesamtheit	107
Beobachtete Ereignisse	20
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,72
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,00 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,14 - 2,50
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
Ergebnis-ID	231900
Grundgesamtheit	236
Beobachtete Ereignisse	49
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	20,76%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	15,35 - 15,69%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	16,08 - 26,39%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Bezeichnung der Kennzahl	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert und inkl. COVID-19-Fälle)
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt).
Ergebnis-ID	232008_231900
Grundgesamtheit	358
Beobachtete Ereignisse	84
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	23,46%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	16,92 - 17,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	19,37 - 28,12%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	612
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 74,11 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,23 - 88,88%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	10211

Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	7,35 - 8,24%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Bezeichnung der Kennzahl	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
Ergebnis-ID	172001_10211
Grundgesamtheit	0
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,06 - 14,27%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
Ergebnis-ID	12874
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,88 - 1,09%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

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 tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen
Ergebnis-ID	51906
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,18
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 115,22
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
Ergebnis-ID	52283
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,19 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,90 - 3,12%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und (Salpingo-) Ovariectomie mit Normalbefund oder benigner Histologie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60685
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,84 - 1,02%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und (Salpingo-) Ovariectomie mit Normalbefund oder benigner Histologie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
Ergebnis-ID	60686
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 44,70 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	19,41 - 20,84%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N01 - Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Das Herzschrittmachergehäuse musste innerhalb von vier Jahren nach dem erstmaligen Einsetzen ausgetauscht werden, weil die Batterie erschöpft war (betrifft Herzschrittmacher mit ein oder zwei Kabeln)
Ergebnis-ID	2190
Grundgesamtheit	146
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,02 - 0,04%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 7,22%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Probleme (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
Ergebnis-ID	2194
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,61
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,77 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 2,30
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	2195
Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,11
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,14 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,19
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 34,82
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51191
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,49
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,29 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,05 - 1,18
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,69 - 8,26
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Ergebnis-ID	52139
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	42
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	97,67%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	88,73 - 89,15%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	87,94 - 99,59%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.
Ergebnis-ID	52305
Grundgesamtheit	158
Beobachtete Ereignisse	155
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	98,10%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,23 - 95,39%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	94,57 - 99,35%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder -dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52311
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,50 - 1,68%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,20%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
Ergebnis-ID	54140
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	43
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,43 - 98,62%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,80 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 1. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54141
Grundgesamtheit	43

Beobachtete Ereignisse	43
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,51 - 96,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,80 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Systeme 2. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54142
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,07 - 0,12%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,20%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Systeme 3. Wahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54143
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,00 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	1,68 - 1,88%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,20%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	101800
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,46
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,44 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,85 - 0,89
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,13 - 1,53
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	101801
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,60 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 8,20%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	101802
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	39
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	90,70%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	54,68 - 55,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	78,40 - 96,32%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	101803
Grundgesamtheit	43
Beobachtete Ereignisse	43
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,02 - 94,36%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	91,80 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51404
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,20 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,20
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52315
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,81 - 1,29%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	121800
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,10 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,87 - 1,27%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	10271
Grundgesamtheit	190
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	3,70
Ergebnis (Einheit)	1,35
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,81$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,48 - 2,90
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54001
Grundgesamtheit	92
Beobachtete Ereignisse	92
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,58 - 97,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,99 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54002
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,02 - 93,72%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54003

Grundgesamtheit	117
Beobachtete Ereignisse	8
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	6,84%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,11 - 10,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	3,51 - 12,91%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID	54004
Grundgesamtheit	183
Beobachtete Ereignisse	182
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,45%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,25 - 97,40%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,97 - 99,90%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54012
Grundgesamtheit	183
Beobachtete Ereignisse	21
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,07
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,44 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,71 - 1,57
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54013
Grundgesamtheit	67
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,04 - 0,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 5,42%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
Ergebnis-ID	54015
Grundgesamtheit	118
Beobachtete Ereignisse	19
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,02
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,15 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,67 - 1,51
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54016
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,48 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,42 - 1,54%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54017
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 19,26 % (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	6,59 - 7,36%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
Ergebnis-ID	54018
Grundgesamtheit	118
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	4,24%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,54 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,56 - 4,90%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,82 - 9,54%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54019
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 7,32 % (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	2,21 - 2,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54120
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,06 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,05
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftendoprothesenversorgung
Bezeichnung der Kennzahl	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	191914
Grundgesamtheit	118
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,23
Referenzbereich (bundesweit)	

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,68 - 2,16
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)
Ergebnis-ID	54029
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,44 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,79 - 2,01%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Präoperative Verweildauer
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
Ergebnis-ID	54030
Grundgesamtheit	93
Beobachtete Ereignisse	13
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	13,98%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,86 - 11,36%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	8,35 - 22,46%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54033
Grundgesamtheit	71
Beobachtete Ereignisse	16
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,93
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,16 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,60 - 1,39
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54042
Grundgesamtheit	93
Beobachtete Ereignisse	15
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,30
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,26 (95. Perzentil)

Vertrauensbereich (bundesweit)	0,98 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,81 - 2,00
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54046
Grundgesamtheit	93
Beobachtete Ereignisse	5
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	1,11
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,99 - 1,07
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,48 - 2,47
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	N02 - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sturzprophylaxe
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
Ergebnis-ID	54050
Grundgesamtheit	87
Beobachtete Ereignisse	87
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,16 - 97,44%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,77 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Systemwahl
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen
Ergebnis-ID	50005
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,58 - 97,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Leitlinienkonforme Indikation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
Ergebnis-ID	50055
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	91,37 - 92,11%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	51186
Grundgesamtheit	entfällt

Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,96 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 1,24
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechsell
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
Ergebnis-ID	52131
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	90,71 - 91,35%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
Ergebnis-ID	52316
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %

Vertrauensbereich (bundesweit)	96,02 - 96,31%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	75,75 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sondendislokation oder - dysfunktion
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
Ergebnis-ID	52325
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 3,00 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,71 - 0,97%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	131801
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,72$ (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,89 - 0,97
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,00
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	131802
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,50 \%$
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,82 - 1,08%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	U32 - Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung der Kennzahl	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	131803
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	54,58 - 55,95%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anzahl an aufgetretenen Problemen. Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
Ergebnis-ID	132001
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,63 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 1,04
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 68,30
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Anzahl an aufgetretenen Problemen. Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
Ergebnis-ID	132002
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,80 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,78 - 1,03
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 317,27
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	50481
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,40 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	3,44 - 4,11%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54020
Grundgesamtheit	124
Beobachtete Ereignisse	123
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	99,19%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,05 - 98,20%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	95,57 - 99,86%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54021
Grundgesamtheit	13
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	76,92%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,17 - 97,59%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	49,74 - 91,82%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54022
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 %
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,01 - 94,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	H20 - Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Gehunfähigkeit bei Entlassung
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54028
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	3,34
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,95 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,01 - 1,17
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,92 - 11,82
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54123
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,38 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,12 - 1,23%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54124
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,80 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 0,99%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54125
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 12,79 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,09 - 4,81%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Sterblichkeit im Krankenhaus
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
Ergebnis-ID	54127
Grundgesamtheit	124
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,03 - 0,05%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Knieendoprothesenversorgung
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Knieendoprothesen- Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig
Ergebnis-ID	54128
Grundgesamtheit	152
Beobachtete Ereignisse	152
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 98,27 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	99,73 - 99,78%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,05 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.
Ergebnis-ID	56000
Grundgesamtheit	15
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	80,00%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 29,31$ % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	59,52 - 59,96%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	54,81 - 92,95%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten
Ergebnis-ID	56001
Grundgesamtheit	24
Beobachtete Ereignisse	10
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	41,67%
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 56,95$ % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	31,05 - 31,47%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	24,47 - 61,17%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	""Door-to-balloon""-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt"
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
Ergebnis-ID	56003
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 45,16$ % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	72,11 - 73,07%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	""Door""-Zeitpunkt oder ""Balloon""-Zeitpunkt unbekannt"
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
Ergebnis-ID	56004
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 18,98$ % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,01 - 4,43%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm ²
Ergebnis-ID	56005
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,18
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,15 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,90 - 0,92
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,05 - 0,61
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen- Produkt über 4.800 cGy x cm²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm ²
Ergebnis-ID	56006
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,31 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,97 - 1,02
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 7,01
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen- Produkt über 5.500 cGy x cm²
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm ²
Ergebnis-ID	56007
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,44
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,06 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,92 - 0,94
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,15 - 1,15
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt
Ergebnis-ID	56008
Grundgesamtheit	111
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 0,83 % (90. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,38 - 0,41%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 3,35%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis-ID	56009
Grundgesamtheit	77
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,57 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,16 - 5,29%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 4,75%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde
Ergebnis-ID	56010
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 44,93 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	18,56 - 19,55%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel
Ergebnis-ID	56011

Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	12
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	36,36%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 27,44 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	12,25 - 12,50%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	22,19 - 53,38%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	A71 - Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)
Kommentar beauftragte Stelle	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel bei häufiger Überschreitung des Grenzwertes

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt
Ergebnis-ID	56014
Grundgesamtheit	entfällt
Beobachtete Ereignisse	entfällt
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,36 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,63 - 93,13%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	entfällt
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen
Ergebnis-ID	56016
Grundgesamtheit	34
Beobachtete Ereignisse	34
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	100,00%

Referenzbereich (bundesweit)	>= 89,23 % (5. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,41 - 94,58%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	89,85 - 100,00%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Grundgesamtheit	9164
Beobachtete Ereignisse	104
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	2,00
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,32 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,04 - 1,06
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	1,66 - 2,41
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)
Ergebnis-ID	52010
Grundgesamtheit	9164
Beobachtete Ereignisse	0

Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,00%
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,00 - 0,00%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,00 - 0,04%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	R10 - Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
Ergebnis-ID	52326
Grundgesamtheit	9164
Beobachtete Ereignisse	90
Erwartete Ereignisse	
Ergebnis (Einheit)	0,98%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,33 - 0,33%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,80 - 1,21%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Bezeichnung der Kennzahl	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3
Allgemeinverständliche Bezeichnung der Kennzahl	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)
Ergebnis-ID	521801
Grundgesamtheit	9164
Beobachtete Ereignisse	14
Erwartete Ereignisse	

Ergebnis (Einheit)	0,15%
Referenzbereich (bundesweit)	
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,06 - 0,06%
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,09 - 0,26%
Bewertung des Strukturierten Dialogs bzw. des Stellungnahmeverfahrens	-

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

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

Über § 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

Bezeichnung des Qualitätsindikators	GEMIDAS (Geriatrisches Minimum Data Set) wurde Anfang 2000 im Auftrag des Bundesverbandes geriatrisch-klinischer Einrichtungen entwickelt. Weiterentwicklung zu GEMIDAS-Pro
Ergebnis	Die Ergebnisse unserer Klinik liegen im Bundesvergleich im guten durchschnittlichen Bereich
Messzeitraum	01.01.2020 - 31.12.2020
Datenerhebung	Stammdaten, Diagnosegruppen, Aufnahme von, Entlassung nach, stationär/teilstationär, Vorbehandlungszeitraum, Barthel-Index, BI-Different/Tag; TUG bei Aufnahme/Entlassung; MMST, Hilfsmittel, Mortalität
Rechenregeln	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
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/gemidas-pro.html

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

	Mindestmenge	Erbrachte Menge
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	123

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen	
Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	Ja
Organsystem Pankreas	
Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt	Ja

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2020:	123
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	103

Organsystem Pankreas

Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:	Ja
Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2020:	
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:	11

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt	Nein
---	------

Organsystem Pankreas

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt	Nein
---	------

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden	Nein
---	------

Organsystem Pankreas

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden	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.

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 (fortbildungsverpflichtete Personen)	47
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	43
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	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-EKE EKE Station A3	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	A3-EKE EKE Station A3	Nachtschicht	100,00%	0
Kardiologie	A2-EKE EKE Station A2	Tagschicht	100,00%	0
Kardiologie	A2-EKE EKE Station A2	Nachtschicht	100,00%	0
Unfallchirurgie	A4-EKE EKE Station A4	Tagschicht	100,00%	0
Unfallchirurgie	A4-EKE EKE Station A4	Nachtschicht	100,00%	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Intensiv- medizin	IS-EKE EKE Station Intensiv interdisziplinär	Tagschicht	90,61%
Intensiv- medizin	IS-EKE EKE Station Intensiv interdisziplinär	Nachtschicht	95,31%
Geriatric	A3-EKE EKE Station A3	Tagschicht	98,59%
Geriatric	A3-EKE EKE Station A3	Nachtschicht	99,06%
Kardiologie	A2-EKE EKE Station A2	Tagschicht	85,00%
Kardiologie	A2-EKE EKE Station A2	Nachtschicht	85,00%
Unfall- chirurgie	A4-EKE EKE Station A4	Tagschicht	96,67%
Unfall- chirurgie	A4-EKE EKE Station A4	Nachtschicht	78,33%

C Qualitätssicherung

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

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

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	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	GEMIDAS (Geriatrisches Minimum Data Set) wurde Anfang 2000 im Auftrag des Bundesverbandes geriatrisch-klinischer Einrichtungen entwickelt. Weiterentwicklung zu GEMIDAS-Pro
Ergebnis	Die Ergebnisse unserer Klinik liegen im Bundesvergleich im guten durchschnittlichen Bereich
Messzeitraum	01.01.2020 - 31.12.2020
Datenerhebung	Stammdaten, Diagnosegruppen, Aufnahme von, Entlassung nach, stationär/teilstationär, Vorbehandlungszeitraum, Barthel-Index, BI-Different/Tag; TUG bei Aufnahme/Entlassung; MMST, Hilfsmittel, Mortalität
Rechenregeln	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
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangaben	https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/gemidas-pro.html

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

	Mindestmenge	Erbrachte Menge
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	123

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Kniegelenk-Totalendoprothesen		
Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt		Ja
Organsystem Pankreas		
Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt		Ja

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

Kniegelenk-Totalendoprothesen		
Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:		Ja
Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2020:		123
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:		103
Organsystem Pankreas		
Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt:		Ja
Erreichte Leistungsmenge Berichtsjahr 2020:		
Die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge:		11

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Kniegelenk-Totalendoprothesen		
Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt		Nein

Organsystem Pankreas

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt Nein

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)

Kniegelenk-Totalendoprothesen

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden Nein

Organsystem Pankreas

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden 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.

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 (fortbildungsverpflichtete Personen)	47
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	43
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	14

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungs- grad	Ausnahme- tatbestände
Intensiv- medizin	IS-EKE EKE Station Intensiv interdisziplinär	Tagschicht	100,00%	0
Intensiv- medizin	IS-EKE EKE Station Intensiv interdisziplinär	Nachtschicht	100,00%	0
Geriatric	A3-EKE EKE Station A3	Tagschicht	100,00%	0
Geriatric	A3-EKE EKE Station A3	Nachtschicht	100,00%	0
Kardiologie	A2-EKE EKE Station A2	Tagschicht	100,00%	0
Kardiologie	A2-EKE EKE Station A2	Nachtschicht	100,00%	0
Unfall- chirurgie	A4-EKE EKE Station A4	Tagschicht	100,00%	0
Unfall- chirurgie	A4-EKE EKE Station A4	Nachtschicht	100,00%	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad
Intensiv- medizin	IS-EKE EKE Station Intensiv interdisziplinär	Tagschicht	90,61%
Intensiv- medizin	IS-EKE EKE Station Intensiv interdisziplinär	Nachtschicht	95,31%
Geriatric	A3-EKE EKE Station A3	Tagschicht	98,59%
Geriatric	A3-EKE EKE Station A3	Nachtschicht	99,06%
Kardiologie	A2-EKE EKE Station A2	Tagschicht	85,00%
Kardiologie	A2-EKE EKE Station A2	Nachtschicht	85,00%
Unfall- chirurgie	A4-EKE EKE Station A4	Tagschicht	96,67%
Unfall- chirurgie	A4-EKE EKE Station A4	Nachtschicht	78,33%

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 Patient:innensicherheit haben in den vergangenen zehn Jahren ein außerordentliches Niveau erreicht. Das Durchschnittsalter stationärer Patient:innen 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, uns kontinuierlich zu verbessern und regelmäßig Risiken und Chancen für unsere Unternehmen zu bewerten.

Dafür ist es wichtig, dass alle Mitarbeiter:innen 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.

Die AGAPLESION Organisation fördert den intensiven regelhaften, oder wenn erforderlich, den schnellen, themenbezogenen Austausch der Mitarbeiter:innen in verschiedenen Gremien (z. B. Expertenboards, Netzwerkteams, Managementkonferenzen, Projektgruppen etc.). Die Experten entwickeln zum Beispiel gemeinsam Qualitätsstandards und tauschen die besten Ideen zu deren Umsetzung aus. Sie tragen aktiv zur Weiterentwicklung der AGAPLESION Qualitätspolitik und konkret zur Weiterentwicklung der Pflege- und Behandlungsqualität bei.

Aus dem Blickwinkel unserer Patient:innen 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 Patient:innen 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. qualifiziertes Personal, Informationstechnologie, Material-, Speisen- oder Wäscheversorgung). Diese sogenannten *Führungs- und Unterstützungsprozesse* werden ebenfalls regelmäßig in Audits überprüft. Im Auditbericht sind Empfehlungen zu verbessernden Maßnahmen dargelegt. Hinweise auf drohende oder bestehende Qualitätseinbußen werden benannt. Die Qualitätsmanagementbeauftragten sorgen zusammen mit den Führungskräften des Krankenhauses dafür, dass die festgelegten Vorbeugemaßnahmen zur Risikovermeidung oder -minimierung 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

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, zu vermindern oder wenn möglich, zu beseitigen. Deshalb führen wir strukturiert Informationen aus Risikointerviews, Begehungen und Audits zusammen, analysieren diese und leiten entsprechende Vorbeugemaßnahmen ab.

Ergänzend dazu können Mitarbeiter:innen 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 Mitarbeiter:innen erfasst, bevor sie zu schadhafte Folgen führen. Die anonymen Meldungen der Mitarbeiter:innen 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 Mitarbeiter:innen vermittelt und die Umsetzung in die Praxis initiiert und überprüft.

Das anonyme Meldesystem CIRS trägt dazu bei, Mitarbeiter:innen 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, teilweise im ambulanten Bereich
- Standardisierung von Spritzenetiketten mit einer eindeutigen Kennzeichnung
- Einführung von Sicherheitschecklisten, zum Beispiel im OP, zur Vermeidung von Verwechslungen und Behandlungsfehlern
- 4-Augen-Prinzip beim Stellen von Medikamenten
- Hygienekonzeption und –standards

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 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
Geriatric 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:innen Ansprechpartner, um eine Rückmeldung aufzunehmen. Jede Meinung zählt für uns, ganz gleich ob Lob, Anregung oder Beschwerde. Die eingegangenen Meinungen werden von unseren Meinungsmanager:innen 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 Mitarbeiter:innenverhalten 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:innen sind der Schlüssel zum Erfolg und Wissensträger:innen vieler innovativer Ideen. Mit dem Ideenmanagement können alle Mitarbeiter:innen 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.

Befragungen

Im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit stehen die Erwartungen und Bedürfnisse unserer Patient:innen und ihrer Angehörigen, unserer Mitarbeiter:innen, aber auch unserer Kooperationspartner:innen und einweisenden Ärzt:innen. 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
- Gefäß- und Darmzentrum
- 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 Werteorientierte 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 AGAPLESION Lernwelt

Das Programm dient der Digitalisierung des Fortbildungswesens. Es ermöglicht eine bessere Zuordnung von Mitarbeitern zu Pflichtfortbildungen, bietet die Möglichkeit von Onlineschulungen und ermöglicht der Führungskraft eine einfache Verwaltung der zugeordneten Mitarbeiter:innen.

Projekt Ideenmanagement

Die Mitarbeiter:innen 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 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 und Krankenhäusern zu sichern

