



AGAPLESION
DIAKONISSEN KRANKENHAUS

QUALITÄTSBERICHT 2012

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
für das Berichtsjahr 2012

Erstellt am 28.02.2014



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.....	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	13
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	14
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	15
A-10	Gesamtfallzahlen	15
A-11	Personal des Krankenhauses	15
A-12	Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	16
A-13	Besondere apparative Ausstattung.....	16
A-14	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	17
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen.....	21
B-1	Medizinisch-Geriatriische Klinik.....	21
B-2	Tagesklinik Geriatrie	28
C	Qualitätssicherung.....	31
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	31
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	100
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	100

C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	100
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	100
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	100
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V	100
	Qualitätsmanagement.....	101

Einleitung

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts

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

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts

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



Informationen

Zusatzinformationen: <http://www.agaplesion.de>

Frankfurt am Main, im April 2014

Sehr geehrte Damen und Herren,

in kaum einem Arbeitsbereich ist Qualität so entscheidend und häufig sogar lebensnotwendig wie in der Medizin. Sie entsteht aus Erfahrung, Wissen und strukturierten Prozessen der Qualitätssicherung.

In den Einrichtungen der AGAPLESION gemeinnützige AG behandeln unsere hochqualifizierten Mitarbeiterteams rund 500.000 Patienten pro Jahr. Ausgehend von unserem christlichen Leitbild ist es uns ein Anliegen, Menschen, die zu uns kommen, mit bestmöglicher medizinischer und pflegerischer Qualität zu versorgen. Dazu hat AGAPLESION ein nach DIN ISO 9001:2008 zertifiziertes Qualitätsmanagement-System etabliert, in das jede der rund einhundert Einrichtungen eingebunden ist. Es ermöglicht die kontinuierliche Optimierung der Prozesse zur Erreichung einer exzellenten Ergebnisqualität.

Im Rahmen einer verpflichtenden, sektorenübergreifenden Qualitätssicherung wird konzernweit die Behandlungsqualität verglichen und in fachbezogenen Qualitätszirkeln diskutiert. Auf diese Weise erhalten die verantwortlichen Qualitätsmanagement-Beauftragten der Einrichtungen fortwährende Unterstützung bei der Weiterentwicklung ihrer Systeme und bei Zertifizierungsprozessen. Sie profitieren damit von der Erfahrung aller Einrichtungen des Konzerns. Die Wirksamkeit des Qualitätsmanagement-Systems und die Umsetzung der Qualitätsanforderungen werden kontinuierlich durch interne und externe Audits überprüft und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet.

Um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Lage zu versetzen, ihre Aufgaben nach den definierten Qualitätsstandards auszuüben, bietet die AGAPLESION Akademie in Heidelberg ein breites Angebot an Aus-, Fort- und Weiterbildungen für medizinische, pflegerische und therapeutische Berufe sowie in Managementthemen an.

Das Qualitätsmanagement-System erstreckt sich auch auf alle anderen, nicht medizinischen Prozesse. Bestandteile sind ein zentrales Risikomanagement, Zertifizierungen durch medizinische Organisationen, Meinungsmanagement und das Management von Innovationen im Rahmen medizinischer Fachbeiräte sowie ein lebendiges, gelebtes Ideenmanagement. Darüber hinaus wurden für alle Einrichtungen verbindliche Führungs- und Verhaltensgrundsätze verabschiedet und Qualitätsziele formuliert. Denn: Qualitätsmanagement ist Führungsaufgabe und gleichzeitig gelebtes Instrument in der täglichen Arbeit.

Mit freundlichen Grüßen



Dr.
Vorstandsvorsitzender
AGAPLESION gAG



Vorstand
AGAPLESION gAG



Vorstand
AGAPLESION gAG

Frankfurt am Main, im April 2014

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

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

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

„Qualität ist das Gegenteil von Zufall“, sagt ein Sprichwort. Was das konkret umfasst und bedeutet, erfahren Sie auf den folgenden Seiten im Qualitätsbericht für das Jahr 2012. Es ist uns wichtig, hochwertige Standards zu schaffen, Althergebrachtes in Frage zu stellen, Bewährtes festzuschreiben und Neues kontinuierlich fortzuentwickeln.

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

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

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

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

Frankfurt, den 14. Februar 2014



Dr. med. Dennis Göbel
Geschäftsführer
AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

**Krankenhaus
IK-Nummer:** 260641243

Standortnummer: 99

Krankenhausname: AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN gGmbH

Hausanschrift: Ginnheimer Landstraße 94
60487 Frankfurt am Main

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

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

Ärztliche Leitung

Person: Prof. Dr. med. Markus Sold
Position: Ärztlicher Direktor
Telefon | Fax: T (069) 95 33 - 22 56 | F (069) 95 33 - 26 81
E-Mail: markus.sold@fdk.info



Pflegedienstleitung

Person: Ingrid Mauritz
Position: Pflegedirektorin
Telefon | Fax: T (069) 95 33 - 22 52 | F (069) 53 43 - 79
E-Mail: ingrid.mauritz@fdk.info



Verwaltungsleitung

Person: Dr. med. Dennis Göbel
Position: Vorsitzender der Geschäftsführung
Telefon | Fax: T (069) 95 33 - 26 66 | F (069) 53 30 - 34
E-Mail: dennis.goebel@fdk.info



**Standort
IK-Nummer:** 260641243

Standortnummer: 03

Standortname: AGAPLESION DIAKONISSEN KRANKENHAUS

Hausanschrift: Holzhausenstraße 72-92
60322 Frankfurt am Main

Telefon: 069 95937-50

Fax: 069 95937-5399

E-Mail: diakonissen@fdk.info

URL: <http://www.diakonissen-krankenhaus.de/>

Ärztliche Leitung

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



Pflegedienstleitung

Person: Birgit Soltau
Position: Pflegedienstleitung
Telefon | Fax: 069/95937-5200 | 069/95937-5541
E-Mail: birgit.soltau@fdk.info



Verwaltungsleitung

Person: Dr. med. Roland Strasheim
Position: Verwaltungsdirektor
Telefon | Fax: 069/9533-2930 | 069/9533891-2930
E-Mail: roland.strasheim@fdk.info



A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN gGmbH

Art: freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

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

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Es handelt sich nicht um ein psychiatrisches Krankenhaus.



A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

- **Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare (MP03)**
Patienten- und Angehörigenakademie "Medizin im Dialog" der AGAPLESION FRANKFURTER DIAKONIE KLINIKEN; Bereitstellung von Informationen zu Krankheitsbildern für Angehörige und Interessierte; Schwerpunkt auf Thema "Pflege von Angehörigen bei Demenz"
- **Asthmaschulung (MP54)**
In speziellen Schulungen erhalten Patienten mit Asthma Informationen zum Umgang mit ihrer Erkrankung, damit sie ihren Alltag freier und unkomplizierter gestalten können. Neben therapeutischen Maßnahmen, wie die optimale Medikation, werden auch präventive Maßnahmen thematisiert.
- **Basale Stimulation (MP06)**
Ziel ist es, die Bewegung, Kommunikation und Wahrnehmung von beeinträchtigten Patienten zu fördern und zu aktivieren.
- **Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung (MP56)**
Zu unseren Angeboten im Bereich Belastungstherapie gehören u. a. das Belastungs-EKG und die Kipptisch- sowie Lungenfunktionsanalyse. Diese Untersuchungen werden in verschiedenen Fachbereichen durchgeführt.
- **Berufsberatung/Rehabilitationsberatung (MP08)**
Rehabilitationsberatung zur größtmöglichen Wiederherstellung der Selbstständigkeit
- **Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden (MP09)**
Hospizdienst; stationäre Palliativversorgung und ambulante spezielle Palliativversorgung in Kooperation mit dem AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS; Trauerbegleitung; Abschiedsraum; Seelsorge
- **Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) (MP12)**
Wiederherstellung der alltäglichen Bewegungsabläufe und Schmerzbewältigung
- **Diät- und Ernährungsberatung (MP14)**
Beratung zu Nahrungsmittelunverträglichkeiten; Magen-Darm-Erkrankungen; Übergewicht; Hypertonie; Diabetes; Stoffwechselerkrankungen
- **Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege (MP15)**
Pflegeüberleitung; Sozialdienstberatung; frühzeitige Hilfsmittelversorgung
- **Ergotherapie/Arbeitstherapie (MP16)**
Beschäftigungs- und Ergotherapie Räume, z. B. für: Holz-, Ton-, Design- und Batikarbeiten, Haushaltstraining, Malen und Gestalten, Büro-, EDV-, Konzentrations- und Gedächtnistraining.
- **Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege (MP17)**
Fallsteuerung in enger Abstimmung mit Patient, Sozialdienst, Therapeuten, Ärztlichem Dienst und Pflegedienst; Case Management; Kodierung
- **Fußreflexzonenmassage (MP18)**
Fußreflexzonenmassagen werden u. a. zur Anregung des Stoffwechsels und der Durchblutung durchgeführt.
- **Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/ Konzentrationstraining (MP59)**
Für akut erkrankte Demenzpatienten wurde ein eigener Bereich geschaffen, der auf die speziellen Bedürfnisse dieser Patientengruppe ausgerichtet ist (z.B. Therapiehund, Memory Clinic).
- **Kinästhetik (MP21)**
Bewegungs- und Handlungsunterstützung um bewegungs- und wahrnehmungsbeeinträchtigte Patienten richtig anzuleiten. Dabei steht besonders der gezielte Einsatz der patienteneigenen Ressourcen im Mittelpunkt.



- **Kontinenztraining/Inkontinenzberatung (MP22)**
Verhaltensinterventionen (z. B. Toilettentraining); Selbstständigkeitstraining (um Abhängigkeiten beim Toilettengang zu vermeiden oder zu beheben); Hilfsmittelauswahl und Training; Beckenbodenzentrum
- **Manuelle Lymphdrainage (MP24)**
Diese Technik dient hauptsächlich der Entstauung geschwollener Körperregionen. Durch sanfte, kreisende Massagegriffe können die Schwellungen reduziert und abgebaut werden. Die Lymphdrainage findet vor allem in postoperativen Nachbehandlungen und bei chronischen Gefäßerkrankungen ihre Anwendung.
- **Massage (MP25)**
Bindegewebmassage (BGM); Fußreflexzonenmassage
- **Medizinische Fußpflege (MP26)**
Unterstützung, Anleitung bei der Fußpflege über externe Fußpflegeinstituten
- **Physikalische Therapie/Bädertherapie (MP31)**
Die Physiotherapie umfasst Behandlungsmethoden, wie die Schlingentisch-Behandlung, manuelle Therapie, Kinesio-Taping oder Gerätetherapie, und orientiert sich stets an den Funktionseinschränkungen sowie Beschwerden des Patienten.
- **Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie (MP32)**
Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP); Krankengymnastik am Gerät/ med. Trainingstherapie
- **Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse (MP33)**
Fortbildungsreihe "Medizin im Dialog" beinhaltet eine Vielzahl an Präventionsangebote (bspw. Verbeugung koronarer Erkrankungen).
- **Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst (MP34)**
z.B. Gesprächstherapie
- **Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik (MP35)**
Im Bereich der Physiotherapie werden für Patienten mit Haltungsfehler oder nach Operation Gangschulungen angeboten.
- **Schmerztherapie/-management (MP37)**
Zertifizierte Akutschmerztherapie; Weiterbildung Pain Nurse; Einsatz von Schmerzexperten auf Station
- **Sozialdienst (MP63)**
Betreuung krankheitsbedingter; familiärer, persönlicher und wirtschaftlicher Sorgen; Vermittlung an Stationäre und teilstationäre Einrichtungen der Pflege und Rehabilitation sowie Anschlussheilbehandlungen
- **Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit (MP64)**
z.B. Messepräzeden; Darstellung der Klinik und der Pflegeausbildung an allgemeinbildenden Schulen
- **Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen (MP39)**
z.B. Schulungen zur Vermeidung von Stürzen
- **Spezielle Entspannungstherapie (MP40)**
Im Bereich der Entspannungstherapie bieten wir Heißluft, Fango, heiße Rolle, Fußreflex- und verschiedene Massagen sowie die Behandlung von Migräne und Kopfschmerzen an.
- **Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen (MP13)**
In Kooperation mit der Diabetologie des AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUSES. Anleitung zur Blutzuckermessung, Festlegung der benötigten Insulinmenge, Anwendung von Spritzen und Insulinpens sowie eine diabetesgerechte Ernährung; Kooperation zu diabetesgerechter Ernährung mit externer Ernährungsberatung



- **Spezielles pflegerisches Leistungsangebot (MP42)**
z.B. Stomaberatung; Kontinenzberatung; Wundenexperten; Hygieneexperten; Schmerzexperten und Pain Nurse; spezielle Angebote für die Geriatrie (Zercur); Palliative Care
- **Sporttherapie/Bewegungstherapie (MP11)**
Unser Angebot der Bewegungstherapie reicht von Gymnastik bis Gerätetraining. Diese Therapieformen sind sowohl ambulant als auch stationär in den Praxisräumen der physikalischen Therapie verfügbar. Techniken, wie Dehnungen, Massage, Gelenkbehandlung oder Muskelkräftigung.
- **Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie (MP44)**
Aufgabe der Logopädie ist die Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen, die oft durch einen Schlaganfall oder andere neurologische Erkrankungen entstehen.
- **Stomatherapie/-beratung (MP45)**
z.B. Stomaexperten; Rehabilitation des Stomaträgers durch angemessene Aufklärung; Anleitung zur Stomapflege
- **Wundmanagement (MP51)**
Einsatz von Wundexperten auf den Stationen; Versorgung von chronischen Wunden sowie von komplizierten operativen Wunden
- **Wärme- und Kälteanwendungen (MP48)**
Zur Förderung der Durchblutung und der Schmerzlinderung werden z. B. Heißluftbehandlung (oder Rotlicht) durchgeführt.
Kältepackungen oder lokale Eiseinreibungen dienen der Linderung von Entzündungssymptomen an den Gelenken und Sehnen, Schmerzen und Entzündungen sowie Schwellungen.
- **Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege (MP68)**
Kooperation mit Wohn- und Pflegeeinrichtungen, sowie ambulanten Pflegediensten im Rahmen des Entlassmanagements
- **Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie (MP29)**
Manualtherapie kann nach Bedarf in der Einrichtung angeboten werden.
- **Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik (MP47)**
Kooperation mit ansässigen Sanitätshäusern (Anpassung der Prothesen erfolgt bereits während des Krankenhausaufenthaltes)

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (NM03)

Kommentar: Anzahl: 8

Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) (NM09)

Kommentar: Generell besteht die Möglichkeit, eine Begleitperson des Patienten im gleichen Zimmer unterzubringen. Hierfür fallen zusätzliche Kosten an.

Fernsehgerät am Bett/imZimmer (NM14)

Zusatzangaben: Kosten pro Tag: 0€

Kommentar: Die Nutzung von Fernsehern ist kostenfrei. Der Ton am Fernsehgerät kann mit oder ohne Kopfhörer empfangen werden. Die Kopfhörer können gegen ein Entgelt von 3 Euro am Eingangsbereich erworben werden.

Internetanschluss am Bett/im Zimmer (NM15)

Zusatzangaben: Kosten pro Tag: 0€

Kommentar: Wer einen eigenen Laptop mitbringt, hat über ein Ticketsystem (Empfang) die Möglichkeit, kostenlos das Internet über WLAN zu nutzen.

Rundfunkempfang am Bett (NM17)

Zusatzangaben: Kosten pro Tag: 0€

Kommentar: Die Nutzung von Radio ist kostenfrei. Der Ton am Fernsehgerät kann mit oder ohne Kopfhörer empfangen werden. Die Kopfhörer sind gegen ein Entgelt von 3 Euro am Eingangsbereich zu erwerben. Den Patienten stehen mehrere Rundfunkprogramme zur Verfügung.

Telefon am Bett (NM18)

Zusatzangaben: Kosten pro Tag: 1,97€

Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15€

Kosten pro Minute bei eintreffenden Anrufen: 0,0€

Kommentar: Jeder Patient erhält während seines stationären Aufenthaltes ein persönliches Telefon mit eigener Rufnummer.

Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen (NM30)

Zusatzangaben: Kosten pro Stunde maximal: 0,0€

Kosten pro Tag maximal: 0,0€

Kommentar: Auf dem Gelände des Krankenhauses befindet sich ein Besucherparkplatz.

Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (NM40)

Kommentar: Die Patientenbegleiter unterstützen die Patienten bei Bedarf. Daneben begleiten Pflegeserviceassistenten und der Transportdienst oder die Pflegekraft den Patienten falls nötig, z. B. auf Station.

Seelsorge (NM42)

Kommentar: Die Seelsorge in unseren Krankenhäusern bietet unabhängig von Konfessions- und Religionszugehörigkeit Hilfe und Begleitung an. Dazu gehören neben dem Gespräch: Gebet und Segen, Feier des Abendmahls, Krankenkommunion und Krankensalbung am Bett des sterbenden Menschen.

Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen (NM49)

Kommentar: Die Veranstaltungsreihe "Medizin im Dialog" bietet Patienten, Angehörigen und Besuchern die Möglichkeit, neben den Gesprächen mit dem behandelnden Arzt, der Pflege und den Therapeuten, Informationen über Krankheitsbilder und Untersuchungs- wie auch Behandlungsmethoden zu erhalten.

Andachtsraum (NM67)

Kommentar: Angehörigen wird die Möglichkeit gegeben, Abschied im Patientenzimmer zu nehmen. Alternativ kann der Aussegnungsraum oder auch die Pietät genutzt werden, worauf die Angehörige hingewiesen werden. In der Kapelle besteht für die Angehörigen die Möglichkeit, sich zurückzuziehen.

Ein-Bett-Zimmer (NM02)

Kommentar: Anzahl: 5

Zwei-Bett-Zimmer (NM10)

Kommentar: Anzahl: 15

Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (NM11)

Kommentar: Anzahl: 15

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

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

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

- **Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten (FL01)**

Viele der an den Krankenhäusern tätigen Mitarbeiter sind als Privatdozenten und Professoren an den deutschen Universitäten und Hochschulen (z. B. Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Johannes Gutenberg-Universität in Mainz, Charité Universitätsmedizin Berlin) tätig.

- **Studentenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) (FL03)**

Medizinstudenten können im Anschluss an das theoretische Studium ihr Praktisches Jahr im Haus absolvieren. Teil der Ausbildung sind Fortbildungsveranstaltungen sowie die Teilnahme am klinischen Alltag. Auch Studenten der Pflege-, Rechts- und Betriebswissenschaften können ihr Praktikum absolvieren.

- **Doktorandenbetreuung (FL09)**

In verschiedenen Fachbereichen (z.B Chirurgie, Innere Medizin) werden Doktoranden mit dem Ziel einer wissenschaftlichen Promotion betreut. Die praktischen Einsätze werden fächer- und standortübergreifend durchgeführt.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

- **Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin (HB01)**

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

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Betten: 127

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl: 1835
Teilstationäre Fallzahl: 405
Ambulante Fallzahl: 1019

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	14,8 Vollkräfte
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	6,6 Vollkräfte
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen

A-11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	38,6 Vollkräfte	3 Jahre
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	8,4 Vollkräfte	3 Jahre
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	2,3 Vollkräfte	2 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	4,4 Vollkräfte	1 Jahr
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,5 Vollkräfte	ab 200 Stunden Basiskurs

A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal

	Anzahl Vollkräfte
Medizinischer Fachangestellter und Medizinische Fachangestellte (SP02)	2,0
Ergotherapeut und Ergotherapeutin (SP05)	7,5
Logopäde und Logopädin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin (SP14)	1,5
Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)	9,0
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin (SP23)	1,8
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)	2,0
Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement (SP28)	3,0
Sozialpädagoge und Sozialpädagogin (SP26)	1,0
Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie (SP27)	5,0

A-11.4 Hygienepersonal

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

Hygienekommission eingerichtet: ja
Vorsitzende/ -er: PD Dr. med. Bernhard Jahn-Mühl

A-12 Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Frank Geib

Position: Qualitätsmanagementbeauftragter
Straße / Hausnummer: Wilhelm-Epstein-Straße 4
PLZ / Ort: 60431 Frankfurt am Main
Telefon: 069 9533 2136
Fax: 069 5330 34
E-Mail: frank.geib@fdk.info
Schwerpunkte: Qualitätsmanagement

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Trifft nicht zu.

A-14 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt

Aussage: Ja

Kommentar: 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)

Aussage: Ja

Kommentar: Für die Meinungsstimulierung, Meinungsannahme, Meinungsbearbeitung und Meinungsauswertung liegt ein schriftliches, verbindliches konzernweites Konzept zum Beschwerdemanagement (unser sogenanntes Meinungsmanagement) für alle Einrichtungen vor.

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden

Aussage: Ja

Kommentar: unseren freundlichen Mitarbeiter äußern. Unser Team wird versuchen, individuelle Wünsche, Ansprüche und Bedürfnisse zu realisieren. Auch unsere Mitarbeiterin des Meinungsmanagement nimmt gerne Meinungen entgegen.

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden

Aussage: Ja

Kommentar: Für unsere Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter sind an zentralen Orten des Krankenhauses unsere Meinungsbögen „Ihre Meinung ist uns wichtig“ ausgelegt. Sofern es gewünscht ist, können Mitarbeiter helfen, den Meinungsbogen auszufüllen. Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer, Fax, E-Mailadresse) des Ansprechpartners im Meinungsmanagement sind veröffentlicht und folglich für jeden zugänglich, so dass eine Meinung schriftlich, telefonisch oder auch elektronisch mitgeteilt werden kann.

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert

Aussage: Ja

Kommentar: 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.

Patientenbefragungen

Aussage: Ja

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

Kommentar: Zur Ermittlung der Kundenzufriedenheit werden regelhaft folgende Patientengruppen mittels "Consort- Befragung" befragt:
- Patienten des stationären geriatrischen Bereichs
- Patienten der geriatrischen Tagesklinik

Einweiserbefragungen

Aussage: Ja

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

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

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Titel:
Vorname: Inge
Name: Cziesche
Position: Meinungsmanagementbeauftragte
Straße: Holzhäuserstraße
Hausnummer: 72-92
Postleitzahl: 60322
Ort: Frankfurt am Main
Telefon: 069 95937 5423
Fax: 069 95937 5422
E-Mail: inge.cziesche@fdk.info

Zusatzinformationen Ansprechpersonen Beschwerdemanagement

Link zum Bericht: <http://www.diakonissen-krankenhaus.de/Lob-Beschwerden-und.5073.0.html>

Kommentar: Lob, Anregungen oder Beschwerden der Patienten, Angehörigen oder Besucher nimmt sich eine Mitarbeiterin des Meinungsmanagement an. Sie steuert den gesamten Meinungsmanagementprozess von Aufnahme über Bearbeitung bis hin zur statistischen Auswertung und Rückmeldung an den Meinungsführer.

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

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

Zusatzinformationen Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

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

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Titel:
Vorname: Inge
Name: Cziesche
Position: Meinungsmanagementbeauftragte
Telefon: 069 95937 5423
Fax: 069 95937 5422
E-Mail: inge.cziesche@fdk.info

Zusatzinformationen Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden

Kommentar:	Vertraulichkeit hat einen hohen Stellenwert. Auf dem Meinungsbogen ist ein Hinweis, dass die „Angaben zur Person“ freiwillig sind und somit die Abgabe auch anonym erfolgen kann. Zur Gewährleistung der Anonymität sind Briefkästen aufgestellt.
Vorwahl:	069
Telefon:	95937
Durchwahl:	5423
Link zum Kontakt:	http://www.diakonissen-krankenhaus.de/Lob-Beschwerden-und.5073.0.html
E-Mail:	inge.cziesche@fdk.info

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Medizinisch-Geriatriische Klinik

B-1.1 Allgemeine Angaben

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

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

Fokus Demenz: Kompetenz und Verantwortung

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

Fachabteilung: Medizinisch-Geriatriische Klinik

Chefarzt: PD Dr. med. Rupert Püllen

Ansprechpartner: Monika Sommer (Chefarztsekretariat)

Hausanschrift: Holzhausenstraße 72-92
60322 Frankfurt am Main

Telefon: 069 95937-5311

Fax: 069 95937-5312

E-Mail: monika.sommer@fdk.info

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



B-1.2 Medizinische Leistungsangebote - Medizinisch-Geriatriische Klinik

- **VI00 - Sonstige im Bereich Innere Medizin (VI00)**
Behandlungsschwerpunkte der Medizinisch Geriatriischen Klinik:
Neurologische Erkrankungen und Schlaganfälle;
Herzkrankungen;
Lungenerkrankungen;
Stoffwechselerkrankungen;
Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems;
Gangstörungen;
Chronische Schmerzsyndrome
- **Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)**
spezieller Bereich für akut erkrankte Demenzpatienten; Krankengymnastik; Massage; physikalische Therapie; Ergotherapie; Logopädie; Psychologie; Kontinenzberatung; Sozialarbeit; aktivierende Pflege und Seelsorge; alle gängigen Untersuchungsverfahren von Ultraschalldiagnostik bis Endoskopie.

B-1.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Medizinisch-Geriatriische Klinik

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

B-1.4 Fallzahlen - Medizinisch-Geriatriische Klinik

Vollstationäre Fallzahl: 1835
Teilstationäre Fallzahl: 0

B-1.5 Hauptdiagnosen nach ICD

B-1.5.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	R26	813	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit
2	S72	191	Knochenbruch des Oberschenkels
3	S32	62	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens
4	I63	61	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt
5	I50	58	Herzschwäche
6	S42	52	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms
7	I70	30	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose
8	M16	29	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
9	I21	21	Akuter Herzinfarkt
10	S22	18	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule
11	N17	16	Akutes Nierenversagen
12	J18	15	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
13	M54	15	Rückenschmerzen
14	M80	13	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose
15	S82	13	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes

B-1.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-550	1443	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen
2	9-401	357	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten - Psychosoziale Intervention
3	8-854	312	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse
4	1-770	307	Fachübergreifende Vorsorge und Basisuntersuchung von alten Menschen
5	3-200	219	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
6	3-990	146	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung
7	8-930	130	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
8	8-800	78	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
9	1-206	60	Untersuchung der Nervenleitung - ENG
10	1-632	59	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
11	3-203	47	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
12	1-207	46	Messung der Gehirnströme - EEG
13	8-855	41	Blutreinigung außerhalb des Körpers durch ein Kombinationsverfahren von Blutentgiftung und Blutwäsche
14	1-771	37	Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen
15	3-800	36	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel

B-1.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz PD. Dr. med. Rupert Püllen

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

AMBULANTES THERAPIEZENTRUM Ergotherapie

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

AMBULANTES THERAPIEZENTRUM Logopädie

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

AMBULANTES THERAPIEZENTRUM Physiotherapie

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

B-1.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.10 Personelle Ausstattung

B-1.10.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Anzahl je Fall
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	13,5 Vollkräfte	0,00736
- davon Fachärzte und Fachärztinnen	5,3 Vollkräfte	0,00289
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	0,00000

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)

- Innere Medizin (AQ23)
- Allgemeinmedizin (AQ63)

Zusatz-Weiterbildung

- Akupunktur (ZF02)
- Geriatrie (ZF09)
- Homöopathie (ZF13)
- Notfallmedizin (ZF28)
- Palliativmedizin (ZF30)

B-1.10.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Anzahl je Fall	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	38,6 Vollkräfte	0,02104	3 Jahre
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	6,8 Vollkräfte	0,00371	3 Jahre
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	4,4 Vollkräfte	0,00240	1 Jahr
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	0,5 Vollkräfte	0,00027	ab 200 Stunden Basiskurs
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	2,3 Vollkräfte	0,00125	2 Jahre

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

- Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten (PQ05)
- Diplom (PQ02)

Zusatzqualifikation

- Basale Stimulation (ZP01)
- Bobath (ZP02)
- Entlassungsmanagement (ZP05)
- Geriatrie (ZP07)
- Kinästhetik (ZP08)
- Kontinenzmanagement (ZP09)
- Praxisanleitung (ZP12)
- Schmerzmanagement (ZP14)
- Wundmanagement (ZP16)
- Case Management (ZP17)
- Sturzmanagement (ZP19)
- Diabetes (ZP03)
- Dekubitusmanagement (ZP18)

B-1.10.3 **Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Trifft nicht zu.

B-2 Tagesklinik Geriatrie

B-2.1 Allgemeine Angaben

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

Zielsetzung der tagesklinischen Behandlung

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

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

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



B-2.2 Medizinische Leistungsangebote - Tagesklinik Geriatrie

- **Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen (VI24)**
- **Geriatrische Tagesklinik (VI44)**
Behandlung von Patienten mit funktionellen Einbußen, insbesondere Gangstörungen oder Schmerzsyndromen; Memory Clinic zur Abklärung kognitiver Defizite bei multimorbiden älteren Patienten, die Abklärung von Gedächtnisstörungen älterer Patienten sowie das Abklären und die Prävention von Stürzen.

B-2.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit - Tagesklinik Geriatrie

- **Dolmetscherdienst (BF25)**

Das AGAPLESION DIAKONISSENKRANKENHAUS verfügt über einen vertraglich angebundenen Dolmetscherdienst.

B-2.4 Fallzahlen - Tagesklinik Geriatrie

Vollstationäre Fallzahl: 0
Teilstationäre Fallzahl: 405

B-2.5 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu.

B-2.6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-2.6.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Absolute Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-98a	3086	Umfassende Behandlung älterer Patienten, die teilweise im Krankenhaus erfolgt
2	1-902	63	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests
3	3-200	18	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
4	3-800	18	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel
5	1-710	10	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie
6	1-204	7	Untersuchung der Hirnwasserräume
7	1-206	7	Untersuchung der Nervenleitung - ENG
8	3-990	7	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung
9	1-207	< 4	Messung der Gehirnströme - EEG
10	1-208	< 4	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)
11	3-700	< 4	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Gehirns und der Hirnwasserräume mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)
12	3-720	< 4	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Gehirns mittels radioaktiver Strahlung (SPECT)
13	3-820	< 4	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel
14	3-203	< 4	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel
15	1-205	< 4	Messung der elektrischen Aktivität der Muskulatur - EMG

B-2.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-2.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-2.9 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.10 Personelle Ausstattung

B-2.10.1 Ärzte und Ärztinnen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)

Zusatz-Weiterbildung

B-2.10.2 Pflegepersonal

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss

Zusatzqualifikation

- **Sturzmanagement (ZP19)**
- **Geriatric (ZP07)**

B-2.10.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Herzschrittmacher-Implantation (09/1)	306	100,0	
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)	20	100,0	
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (09/3)	40	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation (09/4)	179	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel (09/5)	38	100,0	
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation (09/6)	64	100,0	
Karotis-Revaskularisation (10/2)	69	100,0	
Cholezystektomie (12/1)	272	100,0	
Gynäkologische Operationen (15/1)	294	100,0	
Geburtshilfe (16/1)	765	100,0	
Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	96	100,0	
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (17/2)	181	100,0	
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/3)	13	100,0	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (17/5)	202	100,0	
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel (17/7)	10	100,0	
Mammachirurgie (18/1)	532	100,0	
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI) (21/3)	3392	99,1	
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)	252	100,0	
Pflege: Dekubitusprophylaxe (DEK)	2581	100,0	
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie (HCH) ¹		100,0	

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

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate	Kommentar
Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH)		100,0	
Koronarchirurgie, isoliert (HCH)		100,0	
Neonatalogie (NEO)	< 4	0	

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL

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

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

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

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Herzschrittmacher-Implantation Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Kennzahlbezeichnung	Beachtung der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers
Zähler / Nenner	287 / 295
Ergebnis (Einheit)	97,3%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	94,7 - 98,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Herzschrittmacher-Implantation Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
Kennzahlbezeichnung	Beachtung der Leitlinien bei der Auswahl eines Herzschrittmachers
Zähler / Nenner	294 / 295
Ergebnis (Einheit)	99,7%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	98,1 - 99,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 60 Minuten bei Einkammer-Herzschrittmacher (sog. VVI-Herzschrittmacher)
Zähler / Nenner	45 / 45
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,0%
Vertrauensbereich	92,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 90 Minuten bei Zweikammer-Herzschrittmacher (sog. DDD-Herzschrittmacher)
Zähler / Nenner	242 / 249
Ergebnis (Einheit)	97,2%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 55,0%
Vertrauensbereich	94,3 - 98,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Herzschrittmacher
Zähler / Nenner	45 / 45
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 75,0%
Vertrauensbereich	92,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Herzschrittmacher
Zähler / Nenner	248 / 248
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	98,5 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Zähler / Nenner	0 / 306
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 1,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Vorhofsendendislokation
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung der Sonde im Herzvorhof
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Ventrikelsendendislokation
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung von Sonden in den Herzkammern
Zähler / Nenner	8 / 306
Ergebnis (Einheit)	2,6%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,0%
Vertrauensbereich	1,3 - 5,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schrittmachersonde im Vorhof
Zähler / Nenner	254 / 257
Ergebnis (Einheit)	98,8%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	96,6 - 99,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schrittmachersonden in den Herzkammern
Zähler / Nenner	311 / 312
Ergebnis (Einheit)	99,7%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	98,2 - 99,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Alle verstorbenen Patienten
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,6
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,3
Vertrauensbereich	0,6 - 4,8
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	11 / 11
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 77,3%
Vertrauensbereich	74,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	20 / 20
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,0%
Vertrauensbereich	83,9 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	14 / 14
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 87,3\%$
Vertrauensbereich	78,5 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	19 / 19
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 87,5\%$
Vertrauensbereich	83,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	6 / 6
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$
Vertrauensbereich	61,0 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	18 / 18
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$
Vertrauensbereich	82,4 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schrittmachersonde im Vorhof während der Operation
Zähler / Nenner	7 / 7
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$
Vertrauensbereich	64,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schrittmachersonde in der Herzkammer während der Operation
Zähler / Nenner	18 / 18
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$
Vertrauensbereich	82,4 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Revidierte Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV
Kennzahlbezeichnung	Anpassen der Vorhofsonde zum Erreichen eines ausreichenden Signalausschlags (mindestens 1,5 mV)
Zähler / Nenner	7 / 7
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 80,0\%$
Vertrauensbereich	64,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV
Kennzahlbezeichnung	Anpassen der Herzkammersonde zum Erreichen eines ausreichenden Signalausschlags (mindestens 4 mV)
Zähler / Nenner	19 / 19
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	83,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Indikation
Kennzahlbezeichnung	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers
Zähler / Nenner	169 / 179
Ergebnis (Einheit)	94,4%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	90,0 - 96,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Leitlinienkonforme Systemwahl
Kennzahlbezeichnung	Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers
Zähler / Nenner	171 / 179
Ergebnis (Einheit)	95,5%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	91,4 - 97,7%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 75 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 75 Minuten bei Einkammer-Schockgeber (sog. VVI-Schockgeber)
Zähler / Nenner	19 / 20
Ergebnis (Einheit)	95,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 60,0%
Vertrauensbereich	76,4 - 99,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 105 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 105 Minuten bei Zweikammer-Schockgeber (sog. VDD- oder DDD-Schockgeber)
Zähler / Nenner	52 / 54
Ergebnis (Einheit)	96,3%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 55,0%
Vertrauensbereich	87,5 - 99,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 240 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 240 Minuten bei CRT-Schockgeber
Zähler / Nenner	105 / 105
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	96,5 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Schockgeber (sog. VVI-Schockgeber)
Zähler / Nenner	20 / 20
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 75,0%
Vertrauensbereich	83,9 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Schockgeber (sog. VDD- oder DDD-Schockgeber)
Zähler / Nenner	54 / 54
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	93,4 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems
Kennzahlbezeichnung	Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei CRT-Schockgeber
Zähler / Nenner	104 / 104
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	96,4 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalaussschlags der Schockgebersonde im Vorhof während der Operation
Zähler / Nenner	153 / 154
Ergebnis (Einheit)	99,4%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	96,4 - 99,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalaussschlags der Schockgebersonde in der Herzkammer während der Operation
Zähler / Nenner	176 / 176
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	97,9 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,4%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Vorhofsondendislokation oder -dysfunktion
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde im Vorhof
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,7%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Ventrikelsendendislokation oder -dysfunktion
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde in der Herzkammer
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,1%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	2,2
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,3
Vertrauensbereich	0,6 - 7,9
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Eingriffsdauer bis 75 min
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Operation bis 75 Minuten
Zähler / Nenner	38 / 38
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	90,8 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	26 / 26
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	87,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	54 / 54
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	93,4 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Schockgeber-sonde im Vorhof während der Operation
Zähler / Nenner	30 / 30
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	88,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schockgebersonde in der Herzkammer während der Operation
Zähler / Nenner	47 / 48
Ergebnis (Einheit)	97,9%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	89,1 - 99,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Zähler / Nenner	0 / 38
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 9,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 38
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 9,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Taschenproblem als Indikation zum Eingriff
Kennzahlbezeichnung	Probleme mit dem umliegenden Gewebe, in das der Schockgeber eingesetzt wurde, als Anlass für eine weitere Operation
Zähler / Nenner	17 / 217
Ergebnis (Einheit)	7,8%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,9%
Vertrauensbereich	4,9 - 12,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Sondenproblem als Indikation zum Eingriff
Kennzahlbezeichnung	Probleme mit der Sonde als Anlass für eine weitere Operation
Zähler / Nenner	33 / 217
Ergebnis (Einheit)	15,2%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 24,1%
Vertrauensbereich	11,0 - 20,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Infektion als Indikation zum Eingriff
Kennzahlbezeichnung	Infektion als Anlass für eine weitere Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,1%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	8 / 8
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	67,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	51 / 51
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	93,0 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Vorhofsonde während der Operation
Zähler / Nenner	8 / 8
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	67,6 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden
Kennzahlbezeichnung	Messen eines ausreichenden Signalausgangs der Herzkammersonden während der Operation
Zähler / Nenner	24 / 24
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	86,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Chirurgische Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
Zähler / Nenner	0 / 65
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,9%
Vertrauensbereich	0,0 - 5,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Vorhofsendendislokation oder -dysfunktion
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde im Vorhof
Zähler / Nenner	0 / 8
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,9%
Vertrauensbereich	0,0 - 32,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Ventrikelsendendislokation oder -dysfunktion
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde in der Herzkammer
Zähler / Nenner	0 / 52
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,1%
Vertrauensbereich	0,0 - 6,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 65
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 6,5
Vertrauensbereich	0,0 - 0,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur Operation bei einer um 60% verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
Zähler / Nenner	16 / 18
Ergebnis (Einheit)	88,9%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,0%
Vertrauensbereich	67,2 - 96,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur Operation bei einer um 50% verengten Halsschlagader und Beschwerden
Zähler / Nenner	12 / 12
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	75,7 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - offen chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Schlaganfall oder Tod nach Operation
Zähler / Nenner	0 / 40
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Tod - offen chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Schlaganfall oder Tod während der Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,9
Vertrauensbereich	0,0 - 0,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Schwere Schlaganfälle oder Tod - offen chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation
Zähler / Nenner	0 / 40
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Karotis-Revaskularisation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen chirurgisch
Kennzahlbezeichnung	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,6
Vertrauensbereich	0,0 - 0,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus
Kennzahlbezeichnung	Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengangs nach Entfernung der Gallenblase
Zähler / Nenner	0 / 272
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 1,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus
Kennzahlbezeichnung	Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengangs nach Entfernung der Gallenblase – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 0,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Reintervention aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,6
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,9
Vertrauensbereich	0,2 - 1,6
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Reintervention aufgrund von Komplikationen nach laparoskopischer Operation
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase mittels Bauchspiegelung (Laparoskopie)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Cholezystektomie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten ohne lebensbedrohliche Grunderkrankung (ASA 1-3)
Zähler / Nenner	0 / 272
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 1,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Organverletzungen bei Hysterektomie
Kennzahlbezeichnung	Organverletzungen bei Entfernung der Gebärmutter
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,8%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Organverletzungen bei Hysterektomie bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation
Kennzahlbezeichnung	Organverletzungen bei Entfernung der Gebärmutter ohne bestehende Risiken (Tumor, Endometriose, frühere Operationen)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,3%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebentfernung
Kennzahlbezeichnung	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund
Kennzahlbezeichnung	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 20,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Organerhaltung bei Ovareingriffen
Kennzahlbezeichnung	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung
Zähler / Nenner	24 / 28
Ergebnis (Einheit)	85,7%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 75,8%
Vertrauensbereich	68,5 - 94,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Konisation bei Ektopie oder Normalbefund
Kennzahlbezeichnung	Operation am Muttermund (sog. Konisation) ohne bösartigen Befund
Zähler / Nenner	0 / 8
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 13,4%
Vertrauensbereich	0,0 - 32,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Fehlende postoperative Histologie nach Konisation
Kennzahlbezeichnung	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation am Muttermund (sog. Konisation)
Zähler / Nenner	0 / 8
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,0%
Vertrauensbereich	0,0 - 32,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Entfernung der Gebärmutter
Zähler / Nenner	113 / 114
Ergebnis (Einheit)	99,1%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	95,2 - 99,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Gynäkologische Operationen
Qualitätsindikator (QI)	Hysterektomie bei Patientinnen ohne malignen Befund und einem Alter unter 35 Jahren
Kennzahlbezeichnung	Entfernung der Gebärmutter ohne bösartigen Befund nach Gewebeuntersuchung bei jüngeren Patientinnen
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,5%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 -

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen
Kennzahlbezeichnung	Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	H20 -

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts
Zähler / Nenner	280 / 281
Ergebnis (Einheit)	99,6%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	98,0 - 99,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt > 20 Minuten
Kennzahlbezeichnung	Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten
Zähler / Nenner	0 / 6
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 39,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung des Nabelarterien pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen
Kennzahlbezeichnung	Bestimmung des Säuregehalts im Nabelschnurblut von Neugeborenen
Zähler / Nenner	753 / 761
Ergebnis (Einheit)	98,9%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	97,9 - 99,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
Kennzahlbezeichnung	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten
Kennzahlbezeichnung	Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	D50 -

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen
Kennzahlbezeichnung	Kritischer Zustand des Neugeborenen
Zähler / Nenner	0 / 737
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 0,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten
Kennzahlbezeichnung	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt
Zähler / Nenner	0 / 355
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten
Kennzahlbezeichnung	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,3
Vertrauensbereich	0,0 - 0,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Geburtshilfe
Qualitätsindikator (QI)	Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie
Kennzahlbezeichnung	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt ohne Dammschnitt
Zähler / Nenner	0 / 342
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 1,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme oder sturzbedingter Fraktur im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Operation über 48 Stunden nach Bruch des Oberschenkelknochens und Aufnahme im Krankenhaus
Zähler / Nenner	12 / 96
Ergebnis (Einheit)	12,5%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,0%
Vertrauensbereich	7,3 - 20,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	D50 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei endoprothetischer Versorgung
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Versorgung des Bruchs mittels künstlichem Hüftgelenk
Zähler / Nenner	62 / 62
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	94,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung der fixierenden Metallteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens
Zähler / Nenner	0 / 96
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen
Kennzahlbezeichnung	Lageveränderung bzw. Funktionsstörung der fixierenden Metallteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,8
Vertrauensbereich	0,0 - 0,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	0 / 62
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks nach Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,9
Vertrauensbereich	0,0 - 0,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektion
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation
Zähler / Nenner	0 / 96
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 4,3$
Vertrauensbereich	0,0 - 0,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen
Zähler / Nenner	0 / 96
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,0
Vertrauensbereich	0,0 - 0,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei ansonsten gesunden oder leicht erkrankten Patienten (ASA 1 oder 2)
Zähler / Nenner	0 / 16
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 19,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 3
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit schwerer Allgemeinerkrankung (ASA 3)
Zähler / Nenner	4 / 68
Ergebnis (Einheit)	5,9%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	2,3 - 14,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei osteosynthetischer Versorgung
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs mittels fixierender Metallteile
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 11,1%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei endoprothetischer Versorgung
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs mittels künstlichem Hüftgelenk
Zähler / Nenner	5 / 62
Ergebnis (Einheit)	8,1%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 13,7%
Vertrauensbereich	3,5 - 17,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüftgelenknahe Femurfraktur
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,6 - 2,1
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	170 / 181
Ergebnis (Einheit)	93,9%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	89,4 - 96,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation Perioperative Antibiotikaprophylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	180 / 181
Ergebnis (Einheit)	99,4%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	96,9 - 99,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB) Qualitätsindikator (QI)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode
Kennzahlbezeichnung	Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	172 / 181
Ergebnis (Einheit)	95,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	90,8 - 97,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,2
Vertrauensbereich	0,3 - 4,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	0 / 181
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 17,0
Vertrauensbereich	0,0 - 0,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,7
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,7
Vertrauensbereich	0,5 - 6,1
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,9
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,6
Vertrauensbereich	0,3 - 2,5
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,8
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,3 - 9,8
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	12 / 13
Ergebnis (Einheit)	92,3%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 86,2\%$
Vertrauensbereich	66,7 - 98,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	13 / 13
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$
Vertrauensbereich	77,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens
Zähler / Nenner	0 / 13
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen
Kennzahlbezeichnung	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,0
Vertrauensbereich	0,0 - 0,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Endoprothesenluxation
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
Zähler / Nenner	0 / 13
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen
Kennzahlbezeichnung	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,2
Vertrauensbereich	0,0 - 0,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektion
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation
Zähler / Nenner	0 / 13
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 0,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen
Zähler / Nenner	0 / 13
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,5$
Vertrauensbereich	0,0 - 0,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 -

Leistungsbereich (LB)	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,2 - 4,2
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	199 / 202
Ergebnis (Einheit)	98,5%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	95,7 - 99,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaphylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	202 / 202
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	98,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode
Kennzahlbezeichnung	Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks
Zähler / Nenner	191 / 202
Ergebnis (Einheit)	94,6%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	90,5 - 96,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode
Kennzahlbezeichnung	Ausreichende Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks bei Entlassung
Zähler / Nenner	171 / 191
Ergebnis (Einheit)	89,5%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	84,4 - 93,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 202
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 1,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 0,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Wechsel eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	10 / 10
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 85,8\%$
Vertrauensbereich	72,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Perioperative Antibiotikaprophylaxe
Kennzahlbezeichnung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
Zähler / Nenner	10 / 10
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,0\%$
Vertrauensbereich	72,2 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Postoperative Wundinfektion
Kennzahlbezeichnung	Infektion der Wunde nach Operation
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Reoperation aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen
Kennzahlbezeichnung	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	6,7
Referenzbereich (bundesweit)	<= 3,8
Vertrauensbereich	1,9 - 17,1
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	U32 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 10
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 27,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 0,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Prätherapeutische Diagnosesicherung bei tastbarer maligner Neoplasie
Kennzahlbezeichnung	Sicherung der Diagnose vor Operation eines tastbaren Brustkrebses
Zähler / Nenner	226 / 228
Ergebnis (Einheit)	99,1%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,0%
Vertrauensbereich	96,9 - 99,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Prätherapeutische Diagnosesicherung bei nicht-tastbarer maligner Neoplasie
Kennzahlbezeichnung	Sicherung der Diagnose vor Operation eines nicht tastbaren Brustkrebses
Zähler / Nenner	138 / 140
Ergebnis (Einheit)	98,6%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 70,0%
Vertrauensbereich	94,9 - 99,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung
Kennzahlbezeichnung	Untersuchung des entfernten Gewebes mittels Röntgen während der Operation
Zähler / Nenner	180 / 181
Ergebnis (Einheit)	99,4%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	96,9 - 99,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei brusterhaltender Therapie
Kennzahlbezeichnung	Angabe des Sicherheitsabstands zum gesunden Gewebe bei Erhaltung der Brust
Zähler / Nenner	242 / 245
Ergebnis (Einheit)	98,8%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	96,5 - 99,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei Mastektomie
Kennzahlbezeichnung	Angabe des Sicherheitsabstands zum gesunden Gewebe bei Entfernung der Brust
Zähler / Nenner	80 / 82
Ergebnis (Einheit)	97,6%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	91,5 - 99,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Mammachirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Brusterhaltende Therapie bei pT1
Kennzahlbezeichnung	Brusterhaltende Operation im frühen Brustkrebsstadium (sog. pT1)
Zähler / Nenner	165 / 189
Ergebnis (Einheit)	87,3%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 71,3%
Vertrauensbereich	81,8 - 91,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur Herzkatheteruntersuchung aufgrund von Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße
Zähler / Nenner	1732 / 1787
Ergebnis (Einheit)	96,9%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,0%
Vertrauensbereich	96,0 - 97,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Seltene Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Selten notwendige Eingriffe nach Herzkatheteruntersuchung
Zähler / Nenner	1026 / 1849
Ergebnis (Einheit)	55,5%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 23,8%
Vertrauensbereich	53,2 - 57,7%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Häufige Empfehlung zur invasiven Therapie nach Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Häufig notwendige Eingriffe nach Herzkatheteruntersuchung
Zähler / Nenner	1026 / 1849
Ergebnis (Einheit)	55,5%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 56,1%
Vertrauensbereich	53,2 - 57,7%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	PCI trotz fehlender klinischer und/oder nichtinvasiver Ischämiezeichen
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zur Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) ohne Beschwerden oder ohne messbare Durchblutungsstörungen
Zähler / Nenner	7 / 922
Ergebnis (Einheit)	0,8%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 10,0%
Vertrauensbereich	0,4 - 1,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24h"
Kennzahlbezeichnung	Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt innerhalb von 24 Stunden nach Diagnose (sog. PCI)
Zähler / Nenner	141 / 146
Ergebnis (Einheit)	96,6%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,0%
Vertrauensbereich	92,2 - 98,5%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI
Kennzahlbezeichnung	Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße in Bezug auf alle durchgeführten Aufdehnungen (sog. PCI)
Zähler / Nenner	1636 / 1739
Ergebnis (Einheit)	94,1%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 85,0%
Vertrauensbereich	92,9 - 95,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,3
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,7
Vertrauensbereich	0,1 - 1,4
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI)
Zähler / Nenner	17 / 1676
Ergebnis (Einheit)	1,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeführter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,6
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,4
Vertrauensbereich	0,4 - 1,0
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Median der Durchleuchtungsdauer bei isolierter Koronarangiographie
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Durchleuchtung (Zentralwert) mit Röntgenstrahlen bei einer Herzkatheteruntersuchung
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	2,0min
Referenzbereich (bundesweit)	<= 5,0min
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Median der Durchleuchtungsdauer bei PCI
Kennzahlbezeichnung	Dauer der Durchleuchtung (Zentralwert) mit Röntgenstrahlen bei Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI)
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	6,0min
Referenzbereich (bundesweit)	<= 12,0min
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3500 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei einer Herzkatheteruntersuchung (Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm ²)
Zähler / Nenner	113 / 1713
Ergebnis (Einheit)	6,6%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 51,1%
Vertrauensbereich	5,5 - 7,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)
Qualitätsindikator (QI)	Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²
Kennzahlbezeichnung	Strahlenbelastung bei Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm ²)
Zähler / Nenner	113 / 1739
Ergebnis (Einheit)	6,5%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 51,9%
Vertrauensbereich	5,4 - 7,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	14 / 2464
Ergebnis (Einheit)	0,6%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,3 - 1,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,7
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,7$
Vertrauensbereich	0,4 - 1,2
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Patienten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	28 / 2464
Ergebnis (Einheit)	1,1%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,8 - 1,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 1 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	2,1
Referenzbereich (bundesweit)	<= 2,4
Vertrauensbereich	1,5 - 3,3
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Neu aufgetretene Dekubitalcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 2464
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 0,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Pflege: Dekubitusprophylaxe
Qualitätsindikator (QI)	Neu aufgetretene Dekubitalcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und ohne Risikofaktoren
Kennzahlbezeichnung	Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausaufenthalts, bei Patienten ohne besondere Risiken
Zähler / Nenner	0 / 1935
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 0,2%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -

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

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 1,6$
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -

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

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit nach 30 Tagen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit 30 Tage nach Operation
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)
Qualitätsindikator (QI)	Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem EuroScore
Kennzahlbezeichnung	Entscheidung zum Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter) anhand bestimmter Kriterien
Zähler / Nenner	6 / 15
Ergebnis (Einheit)	40,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	19,8 - 64,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	0 / 16
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 19,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfalloperation
Zähler / Nenner	0 / 16
Ergebnis (Einheit)	0,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,0 - 19,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 2,4$
Vertrauensbereich	0,0 - 2,8
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)
Qualitätsindikator (QI)	Status am 30. postoperativen Tag
Kennzahlbezeichnung	Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt
Zähler / Nenner	15 / 16
Ergebnis (Einheit)	93,8%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	71,7 - 98,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit nach 30 Tagen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit 30 Tage nach Operation
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarchirurgie, isoliert
Qualitätsindikator (QI)	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna
Kennzahlbezeichnung	Verwendung der linksseitigen Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (sog. Bypass)
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,0\%$
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarchirurgie, isoliert
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarchirurgie, isoliert
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfalloperation
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarchirurgie, isoliert
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 1,6
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarchirurgie, isoliert
Qualitätsindikator (QI)	Status am 30. postoperativen Tag
Kennzahlbezeichnung	Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -

Leistungsbereich (LB)	Koronarchirurgie, isoliert
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit nach 30 Tagen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit 30 Tage nach Operation
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -

Leistungsbereich (LB)	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -

Leistungsbereich (LB)	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfalloperation
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -

Leistungsbereich (LB)	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	$\leq 1,6$
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -

Leistungsbereich (LB)	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Status am 30. postoperativen Tag
Kennzahlbezeichnung	Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N01 -

Leistungsbereich (LB)	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit nach 30 Tagen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit 30 Tage nach Operation
Zähler / Nenner	entfällt
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	252 / 253
Ergebnis (Einheit)	99,6%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	97,8 - 99,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	248 / 249
Ergebnis (Einheit)	99,6%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	97,8 - 99,9%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
Zähler / Nenner	4 / 4
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	51,0 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Antimikrobielle Therapie innerhalb der ersten 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahlbezeichnung	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	214 / 235
Ergebnis (Einheit)	91,1%
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 90,0\%$
Vertrauensbereich	86,7 - 94,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-Score = 0)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	45 / 46
Ergebnis (Einheit)	97,8%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,2%
Vertrauensbereich	88,7 - 99,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Score = 1 oder 2)
Kennzahlbezeichnung	Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
Zähler / Nenner	120 / 125
Ergebnis (Einheit)	96,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,5%
Vertrauensbereich	91,0 - 98,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verlaufskontrolle CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage
Zähler / Nenner	216 / 222
Ergebnis (Einheit)	97,3%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	94,2 - 98,8%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)
Kennzahlbezeichnung	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit mittlerem Risiko
Zähler / Nenner	22 / 22
Ergebnis (Einheit)	100,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	85,1 - 100,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)
Kennzahlbezeichnung	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit hohem Risiko
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
Zähler / Nenner	207 / 211
Ergebnis (Einheit)	98,1%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	95,2 - 99,3%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
Kennzahlbezeichnung	Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung
Zähler / Nenner	202 / 207
Ergebnis (Einheit)	97,6%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,0%
Vertrauensbereich	94,5 - 99,0%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
Zähler / Nenner	13 / 239
Ergebnis (Einheit)	5,4%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 14,4%
Vertrauensbereich	3,2 - 9,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
Zähler / Nenner	
Ergebnis (Einheit)	0,6
Referenzbereich (bundesweit)	nicht festgelegt
Vertrauensbereich	0,4 - 1,1
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	N02 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit niedrigem Risiko
Zähler / Nenner	< 4
Ergebnis (Einheit)	-
Referenzbereich (bundesweit)	<= 4,8%
Vertrauensbereich	entfällt
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 bis 2)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit mittlerem Risiko
Zähler / Nenner	7 / 167
Ergebnis (Einheit)	4,2%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 15,2%
Vertrauensbereich	2,0 - 8,4%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 bis 4)
Kennzahlbezeichnung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit hohem Risiko
Zähler / Nenner	4 / 13
Ergebnis (Einheit)	30,8%
Referenzbereich (bundesweit)	<= 40,9%
Vertrauensbereich	12,7 - 57,6%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Leistungsbereich (LB)	Ambulant erworbene Pneumonie
Qualitätsindikator (QI)	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Kennzahlbezeichnung	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
Zähler / Nenner	243 / 248
Ergebnis (Einheit)	98,0%
Referenzbereich (bundesweit)	>= 98,0%
Vertrauensbereich	95,4 - 99,1%
Bewertung durch den Strukturierten Dialog	R10 -

Übersicht Bewertung durch den Strukturierten Dialog gemäß QSKH-RL

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
		31	Besondere klinische Situation
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
		41	Hinweis auf Struktur- oder Prozessmängel
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturiertem Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

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

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

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Trifft nicht zu.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Nr.		Anzahl
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen	6
2.	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	4
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben [Zähler von Nr. 2]	4

Qualitätsmanagement

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

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

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

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



Audits

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

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



Risikomanagement

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

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

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

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



Meinungsmanagement



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

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

Die 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.



Zertifizierungen

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

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



Diocert-zertifiziert nach DIN EN
ISO 9001 : 2008



Zertifiziertes Brustzentrum der
Deutschen Krebsgesellschaft e. V.



zertifiziertes regionales
TRAUMAZENTRUM
TraumaNetzwerk DGU® Z11967
TraumaNetzwerk Haessen /
Region Südhessen

Zertifiziertes regionales
Traumazentrum der DGU



Zertifiziertes Darmkrebszentrum der
Deutschen Krebsgesellschaft e. V.



TÜV Rheinland zertifiziert die
Akutschmerztherapie



CPU zertifiziert nach der Deutschen
Krebsgesellschaft e. V.



audit berufundfamilie der
berufundfamilie gGmbH



Zertifiziertes Endoprothetikzentrum
nach Endocert



Ideenbörse

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

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

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

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

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



Projektorganisation

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

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

Einführung des Patientensarmbandes

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

Standardisierung von Spritzenetiketten

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

Erhöhung der Arzneimitteltherapie-sicherheit durch strukturierte Kurvenvisiten

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